



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

SER CUIDADO POR UM ENFERMEIRO GESTOR DE CASO

**A experiência vivida
da pessoa com problemas de adição**

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2012



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



SER CUIDADO POR UM ENFERMEIRO GESTOR DE CASO

**A experiência vivida
da pessoa com problemas de adição**

Tese orientada pela Prof.^a Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho, orientadora desta investigação, pela iluminação que me proporcionou sobre a importância da fenomenologia para a enfermagem e pela notável habilidade, pessoal, pedagógica e científica, para criticar e suportar todo o longo caminho do estudo.

À Professora Doutora Lucília Nunes, pelo desafio inicial para indagar pelos caminhos da filosofia. Apesar de esta ser uma investigação em enfermagem, os benefícios dessa indagação traduziram-se numa maior possibilidade para compreender a orientação fenomenológica do estudo.

Aos colegas doutorandos do grupo colaborativo de investigação fenomenológica em enfermagem, pela oportunidade de partilhar reflexões teórico-metodológicas e pelo contributo na análise dos dados deste estudo.

Aos enfermeiros da Equipa de Tratamento do estudo, pelo desenvolvimento da gestão de caso com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas e pela disponibilidade que sempre demonstraram para apoiar a realização deste estudo.

Às pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, coinvestigadoras do estudo, pela generosidade para partilharem a narrativa da sua experiência vivida e, desde aí, se associarem ao contributo para a possibilidade da melhoria dos cuidados de enfermagem na área da adição.

À Zé, à Joana e à Carolina, pela compreensão e suporte afetivo nas muitas horas e dias afastado do quotidiano familiar que a elaboração deste trabalho requereu.

À Filomena Covas, pela constância relacional e pelo desafio.

À Dr.^a Ana Costa, pela revisão final do texto.

RESUMO

Neste estudo procurou-se responder à questão de investigação "qual é a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas cliente de uma Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência IP?".

O seu objetivo foi por isso "compreender a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas cliente da Equipa de Tratamento do estudo".

A partir de uma compreensão da experiência vivida como foco de atenção da enfermagem suportada sobretudo no pensamento de Watson e Parse, optou-se por uma abordagem fenomenológica interpretativa.

Recorrendo a uma metodologia inspirada nas propostas teórico-metodológicas de Heidegger e de Gadamer, procedeu-se à descoberta fundamentada do método.

Através do estudo ganhou-se compreensão sobre o fenómeno, o qual se revelou ao longo de oito temas comuns: "O ligar-se ao enfermeiro"; "O sentir-se representada"; "O sentir-se investida"; "O situar-se na sua história de consumos"; "O modificar o padrão de relação com a substância"; "O valorizar as mudanças"; "O ligar-se aos outros" e "O projetar-se no futuro".

A experiência narrada, eminentemente relacional e vivida em torno da dialética do "ligar-se" e do "desligar-se", torna perceptível a relação enfermeiro-cliente como um elemento essencial na gestão de caso com estas pessoas.

Apoiada na utilização terapêutica do *self* do enfermeiro, a pessoa experiencia não só os temas que decorrem do que vive relacionalmente com o enfermeiro, mas também do que percebe que aquele lhe proporciona, indiretamente, viver.

Os resultados dão conta tanto da experiência vivida que se relaciona com a intervenção do enfermeiro na prestação direta de cuidados, como da que se relaciona com a percepção da sua intervenção indireta, no âmbito da participação na defesa dos interesses e da resolução das necessidades da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas.

Palavras-chave: pessoa com problemas de adição; tratamento; enfermagem; gestão de caso; experiência vivida.

ABSTRACT

This study tried to answer the following research question: "Which is the lived experience of the person addicted to psychoactive substances of being taken cared by a case manager nurse of a treatment team from the Public Institute of Drug and Addiction?"

Its goal was therefore to "understand the lived experience of being taken cared by a case manager nurse of the person addicted to psychoactive substances who is a client of the study Treatment Team from the Public Institute of Drug and Addiction".

Having the understanding of the lived experience as one of the nursing focus supported by Watson and Parse's thought, we adopted a phenomenological interpretative approach. The methodology was based on the theoretical-methodological proposals of Heidegger and Gadamer and then we engaged on a supported discovery of the method.

With this study we gained understanding about the phenomenon through eight common themes: "Bonding with the nurse"; "Feeling represented"; "Feeling invested"; "Situating himself/herself on his/her addiction story"; "Changing the relational pattern with the substance"; "Valuing changes"; "Bonding with others" and "Seeing himself/herself in the future". The narrated experience is mostly relational and lived around the connecting / disconnecting dialectics. It enlightens the nurse-client relationship as an essential element on the case management with these people.

Supported on the therapeutic use of the nurse's *self*, the person narrates not only the main themes that emerge from what he/she experiences in the relationship with the nurse, but also those which he/she perceives that the nurse allows him/her to live.

The results of the study show both that lived experiences relate to the direct nurse's intervention and the perception of his/her indirect intervention regarding the defense of the interests and resolution of the needs of the addicted person.

Keywords: person with addiction problems; treatment; nursing; case management; lived experience.

ÍNDICE GERAL

Página

Introdução ao estudo.....	1
---------------------------	---

Parte 1: Linhas de fuga...

I - ...para uma compreensão do fenómeno em estudo	12
A experiência vivida	
como foco de atenção da enfermagem	13
Complexidades contemporâneas	
da adição a substâncias psicoativas	24
A enfermagem e a gestão de caso como resposta personalizada às	
necessidades da pessoa com problemas de adição a substâncias	
psicoativas.....	31
O contexto do estudo	39
Formulação da questão de investigação	42
Objetivo do estudo	46
 II – ...para a orientação metodológica do estudo	
e para a heurística do método	47
Da fenomenologia existencial de Heidegger	48
Da hermenêutica de Gadamer	53
Da experiência do investigador	57
Desenho do estudo	60
Seleção dos participantes	62
Colheita de dados	65
Considerações éticas e deontológicas	68

Parte 2: Ponto de encontro...

III – ...com as pessoas e com as vozes da experiência	75
Sobre as pessoas	76
Sobre as vozes da experiência individual.....	78
O Artur (1)	78
O Carlos (2).....	82
O Marco (3)	85
O Diniz (4)	89
O Pedro (5).....	93
O Daniel (6)	97
O Josué (7).....	100
O Samuel (8)	103
A Lucinda (9).....	106
O Vítor (10).....	109
O Rui (11).....	113
O Fernando (12).....	116
A Carla (13)	120
A Isabel (14).....	123

Parte 3: Fusão de horizontes...

IV – ...para uma desocultação do fenómeno	127
Sobre a voz da experiência do grupo	128
Comunalidades e singularidades de uma experiência vivida	166
Discussão dos dados	175
Implicações para a prática, para a investigação e para o ensino de enfermagem.....	189
Sugestões para investigações futuras	198
Conclusão.....	200
 BIBLIOGRAFIA	 202
ANEXOS	214
APÊNDICES.....	218

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1

Gestão de caso: orientação para o sistema e orientação para a pessoa	32
---	----

Quadro 2

Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Gestão de Caso	36
--	----

Introdução ao estudo

Eu identifico-me em bastantes coisas com ela, pronto. Identificamos as duas...identificamos. Há um intercâmbio de aprendizagem (*suspiro*)...porque a enfermeira, para mim a enfermeira só lhe falta é drogar-se. Claro que eu não quero que ela o faça (*riso*), mas...não é só a gente ter um canudo. (Lucinda)

(*O enfermeiro é*)...como uma porta de entrada (...). Tem-me sido mais fácil chegar a outros sítios do ET através do enfermeiro. Porque ele tem-me ajudado bastante e ele tenta-me ajudar o máximo possível. O que pode, que ele não faz milagres. Dentro do que pode, aqui dentro, tem feito bastante aqui no...aqui no ET. (Rui)

De que dão conta as narrativas da Lucinda e do Rui, duas das pessoas com problemas de adição a substâncias que participaram no estudo?

Como tem sido, para ambos e cada um, procurar ultrapassar a adição a substâncias psicoativas e os problemas que se lhe relacionam, sendo cuidados por um enfermeiro gestor de caso?

Como é possível compreender, disciplinar e profissionalmente, estes testemunhos privilegiados na primeira pessoa?

Numa altura em que a problemática da adição atinge na Europa e em Portugal proporções nunca antes vistas, a diversificação das substâncias consumidas, dos padrões de consumo e das doenças associadas, aliada ao aumento do número de clientes e à complexificação das suas necessidades de cuidados suscita que sejam repensados os modelos assistenciais tradicionais e, desde aí, se procurem novas respostas para as necessidades das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas.

As orientações europeias e nacionais recentes apontam um caminho de organização dos cuidados que assenta na construção de respostas integradas, capazes de melhorar não apenas o acesso mas também as

respostas às cada vez mais complexas e crónicas necessidades de saúde das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas. A gestão de caso é apresentada como uma dessas respostas^{1,2}.

Consentâneo com as necessidades atuais do tratamento das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, o interesse crescente dos enfermeiros pela área da aditologia tem vindo a dar origem a toda uma tendência transformadora, na qual os enfermeiros contextualmente ampliam o escopo da sua *praxis*, trilhando caminhos de maior participação nos projetos de saúde das pessoas que cuidam. A gestão de caso realizada por enfermeiros é disso um exemplo.

Na Equipa de Tratamento^{3,4} do estudo, no contexto da necessidade de melhorar as respostas às necessidades de saúde dos clientes, os enfermeiros passaram, numa experiência piloto iniciada em 2006, a prestar cuidados como gestores de caso. E se a avaliação⁵ da iniciativa demonstrou que as pessoas que passaram a ser cuidadas pelos enfermeiros como gestores de caso aumentaram a adesão aos projetos de cuidados e beneficiaram de todo um conjunto de ganhos em saúde traduzíveis no aumento da cobertura vacinal, em melhorias nas atividades de vida e no aumento da referenciação para

¹ Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Autor

² Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2006). *Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 34.

³ O Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de Janeiro cria o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e estabelece no seu Artigo 10º - Sucessão que “O SICAD sucede nas atribuições do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP...”. Contudo, uma vez que todo o estudo decorreu no contexto do IDT, IP., optamos por manter todas as referências a essa instituição.

⁴ As Equipas de Tratamento definiam-se no contexto da estrutura do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. como unidades especializadas de intervenção local às quais competia prestar, em regime ambulatorio, cuidados globais de saúde a pessoas com toxicodependência e/ou alcoolismo, segundo as modalidades terapêuticas mais apropriadas. Portaria n.º 648 (2007, 30 de maio). *Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP*. Diário da República, I Série.

⁵ Sequeira, A. et. al. (2007, 2008, 2009, 2010). *Relatórios de Avaliação Interna do Projeto do Enfermeiro Gestor de Caso na Equipa de Tratamento do Barreiro*. Barreiro: Equipa de Tratamento do Barreiro. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Documentos não publicados.

seguimentos em especialidades, nada se sabe, contudo, sobre como foi, para as pessoas cuidadas, essa experiência de serem cuidadas.

Esta é ademais uma lacuna do conhecimento que emerge da evidência produzida sobre a gestão de caso com pessoas com problemas de adição a substâncias: são frequentes os estudos sobre gestão de caso com pessoas com problemas de adição que avaliam a satisfação dos clientes, a satisfação dos profissionais, a qualidade dos cuidados e a relação custo/benefício⁶, mas quase inexistentes⁷ os que dão voz à experiência das pessoas de serem cuidadas, apesar de serem as principais interessadas no agir dos técnicos de saúde em geral e dos enfermeiros em particular.

Decorre disto a manutenção do silêncio de uma população frequentemente sem poder em matéria de participação ativa na vida dos serviços de saúde de que é, ela própria, beneficiária.

Ora, uma vez que é a partir das suas experiências vividas que as pessoas transformam perspectivas e agem mudanças, verifica-se que a atenção dos enfermeiros às experiências que se conectam com o universo da saúde ilumina um conhecimento imprescindível à transação de significados, à

⁶ Têm sido estudados vários aspetos sobre a gestão de caso realizada por enfermeiros na área da adição, incluindo a satisfação dos clientes (Beebe, 2002; Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000; Chan, Mackenzie, Tin-Fu, & Leung, 2000; Dechairo, 2000; Tempier, Pawliuk, Perreault, & Steiner, 2002), a satisfação dos profissionais (Abbott, Young, Haxton, & Van Dyke, 1994; Nehls, 2000; Ng, Chan, & MacKenzie, 2000), a qualidade dos cuidados (Lynn & Kelley, 1997; Michaels, 1992) e a relação custo/benefício (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Forchuk & Voorberg, 1991; Fraser & Strang, 2004; Taylor, 1999), In Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspetives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 62-70, mas verifica-se uma escassez de estudos que deem voz à experiência vivida dos clientes.

⁷ Resultado da revisão sistemática da literatura realizada por nós em julho de 2007 no contexto do Curso de Formação Avançada deste Programa de Doutoramento em Enfermagem, apenas um estudo se refere à experiência vivida da pessoa com problemas de adição a substâncias cuidada por um enfermeiro. Ainda assim, sem que o enfermeiro fosse gestor de caso. In Banonis, B.; Charleston, S. (1989). The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*. Spring, 2(1) (1989), 37-43.

produção de sentidos e à coconstrução das decisões sobre os cuidados de enfermagem⁸.

Pelo que se os enfermeiros adquirem a condição de poder ajudar (mais, melhor) perante a compreensão atenta das perspectivas das pessoas suas clientes e das suas necessidades na experiência humana de saúde⁹, o desconhecimento sobre como as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoactivas experienciam serem cuidadas por enfermeiros gestores de caso torna-se-nos, como enfermeiros e investigadores, não apenas uma oportunidade de pesquisa compreensiva mas também um imperativo ético-deontológico.

Mas se, como nos diz Gadamer, compreender significa antes de mais “...*entender-se na coisa*”¹⁰, o anúncio da nossa motivação para levar a cabo o estudo que agora se apresenta carece de maior atenção.

Se aceitarmos que não há compreensão sem mobilização de conceitos e que, por isso, toda a compreensão é necessariamente “preconceituosa” na medida em que no ato de compreender algo passado e presente constantemente se fundem¹¹, então os pressupostos individuais devem poder emergir e ser anunciados, não para que daí resulte uma procura de suspensão, uma objetividade neutra, mas antes uma certa maneira de lidar com os nossos próprios *a priori*, na explicitação do nosso contexto situado e na preparação da abertura às diferenças e similaridades relativamente ao fenómeno que temos vindo a anunciar como foco da nossa atenção: a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas.

⁸ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks, 31, 63, 69 et seq..

⁹ Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). “The Focus of the Discipline of Nursing”. *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 14 (1), 1-6. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 20-24

¹⁰ Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes. 78.

¹¹ Bleicher, J. (2002). *Hermenêutica Contemporânea*. (Morujão, C. Trad.). Lisboa: Edições 70. 154, 156.

Optamos assim por situar a consciencialização possível dos nossos pressupostos relativamente ao fenómeno em dois níveis, o da nossa experiência pessoal e o da nossa experiência profissional como enfermeiro e professor de enfermagem:

Da nossa experiência pessoal – envolvidos, desde há nove anos, numa experiência de psicanálise pessoal no contexto da qual as nossas próprias dependências (infantis e adultas) são frequentemente abordadas e transformadas, sentimo-nos particularmente disponíveis para a compreensão e valorização dos processos de vinculação mas também de separação-individação. Apesar de nunca termos trabalhado como enfermeiro na área da adição, sentimos que de algum modo a nossa experiência analítica pessoal cria um horizonte de oportunidade empática para com as necessidades das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas participantes no estudo, também elas “ocupadas”, disso dão conta as suas diversas narrativas, com os respetivos processos relacionais e maturacionais.

Da nossa experiência profissional – tendo começado por trabalhar como enfermeiro num Centro de Saúde Mental ¹² beneficiámos, nos dois primeiros anos do nosso exercício profissional, do contacto com um modo de pensar os cuidados que, perante as necessidades crónicas e complexas das pessoas com doença mental, convocava e articulava como recurso assistencial as diferenças existentes entre os seus vários técnicos de saúde. Apesar de não sob a égide da “gestão de caso”, aprendemos sobre (e passámos a valorizar) as mais-valias que encerra o reconhecimento das diferenças pessoais, profissionais e disciplinares, aquando priorizadas e conciliadas em favor das melhores respostas possíveis às necessidades dos clientes.

Por outro lado ainda, já como professor de enfermagem, torna-se importante anunciar que temos relações de trabalho com a Equipa de Tratamento do estudo, uma vez que fizemos parte da equipa que pensou e acompanhou a mudança de *praxis* dos enfermeiros no sentido da gestão de caso com as pessoas com problemas de adição a

¹² Os Centros de Saúde Mental foram extintos em 1992 e integrados como Departamentos de Psiquiatria nos hospitais.

substâncias psicoativas¹³. Ou seja que somos, suportados na teoria, na evidência existente e nessa nossa experiência de acompanhamento, favoráveis à mudança operada na Equipa de Tratamento.

Foi, pois, na confluência destas assunções e interrogações pessoais, profissionais e disciplinares que formulámos a questão de investigação deste estudo: "qual é a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas cliente de uma Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência IP?".

Assumindo que compreender os temas que atravessam as experiências vividas das pessoas em matéria de saúde proporciona orientações úteis para os enfermeiros no que se refere à abertura à compreensão das perspetivas individuais, à orientação temática para a identificação de problemas e necessidades e a uma disponibilidade aumentada para perceber assuntos que podem ser colocadas pelos clientes na relação de forma pouco explícita¹⁴, foi objetivo deste estudo "compreender a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas cliente da Equipa de Tratamento do estudo".

Tomando em consideração o objetivo da investigação, este estudo inscreve-se dentro de um paradigma interpretativo, sendo influenciado por uma epistemologia de pós-modernidade que se torna coerente com a compreensão da enfermagem como ciência humana do campo da saúde.

¹³ Lopes, J.; Sequeira, A. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº1, 67-76.

¹⁴ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. *Methods in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 4.

Na abordagem disciplinar ao fenómeno optamos por isso pela filiação a uma conceção de enfermagem unitário-transformativa. Pelo que em matéria de suporte teórico, são sobretudo os pensamentos de Jean Watson e de Rosemarie Rizzo Parse aqueles que convocamos, no contexto do entendimento que oferecem sobre a natureza unitária e dialógica da pessoa para a enfermagem, sobre a abertura às experiências humanas na saúde e na doença e sobre a ajuda em enfermagem considerada como uma construção transpessoal.

Metodologicamente optou-se por um estudo de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, ambas sintónicas com a orientação epistemológica e ontológica do estudo.

A razão do recurso a uma abordagem fenomenológica interpretativa prendeu-se, pois, com a necessidade de “ganhar” compreensão sobre as experiências vividas dos participantes desde os seus pontos de vista, permitindo ao investigador atingir o objetivo do estudo e responder, situadamente, à pergunta de investigação. Através do acesso (sob a forma de entrevistas fenomenológicas) às narrativas de catorze participantes, a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, revela-se ao longo de uma análise fenomenológico-interpretativa que é explicitada na articulação das propostas metódico-processuais sobretudo de Van Mannen¹⁵, Cohen, Kahn e Steeves¹⁶, e de Smith, Flowers e Larkin¹⁷.

¹⁵ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.

¹⁶ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

¹⁷ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage.

Uma vez que o conhecimento sobre a experiência dos fenómenos de saúde-doença demanda os vividos humanos no que têm de mais individual, subjetivo e íntimo, compreende-se que este estudo tenha uma utilidade não preditiva mas, muito pelo contrário, profundamente compreensiva.

Sendo que os estudos fenomenológicos permitem aos enfermeiros tomar contacto com os testemunhos na primeira pessoa sobre as experiências humanas de saúde¹⁸ e, desde aí, invocar respostas que procurem ir de encontro às necessidades de cuidados identificadas, a presente investigação sobre a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso tem o potencial de, uma vez comunicada aos enfermeiros, contribuir para a sua orientação no difícil processo de cuidar pessoas com problemas de adição a drogas e álcool.

Considera-se, neste sentido, que aceder ao sentido da experiência vivida das pessoas suas clientes de serem por si cuidadas poderá permitir aos enfermeiros:

- um olhar sobre o olhar que o outro faz sobre si e sobre os seus cuidados,
- uma ampliação da compreensão da sua própria ação cuidativa,
- uma orientação temática (das comunalidades e das singularidades) para a identificação de problemas e para a evolução subsequente do estado de saúde dos clientes,
- uma maior capacidade para, partindo do conhecimento profundo das necessidades dos clientes, contribuírem para a melhoria organizacional dos cuidados de saúde na adição em geral e de enfermagem na adição em particular.

¹⁸ Chan, G.; Brykczynski, K.; Malone, R.; Benner, P. (2010). *Interpretive Phenomenology in Health Care Research*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. xxi

Numa outra dimensão, se pensarmos que no contexto das profissões de ajuda é a partir da sugestão, da necessidade expressa pelo outro e da sua avaliação da utilidade dos cuidados que a enfermagem se legitima enquanto prática individual e socialmente útil¹⁹, este estudo poderá tornar-se igualmente relevante como subsídio para a formação de enfermeiros que exerçam (ou venham a exercer) na área da adição, uma vez que permite orientar os seus processos formativos (iniciais, pós-graduados e em serviço) de acordo com uma legitimação fundante - a voz da experiência vivida dos seus clientes que, presentes em todos os momentos do processo assistencial em que se planeiam, desenvolvem e avaliam os cuidados de enfermagem²⁰ são, nos seus projetos de saúde e na percepção que desenvolvem da ajuda, o fio condutor de toda a ação do enfermeiro²¹.

Em matéria de contributo para a disciplina de enfermagem, este estudo pretende apresentar-se como um subsídio para a compreensão das complexidades dos vividos da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso, acrescentando-se à escassa literatura científica sobre o fenómeno. A partir dos seus resultados, outros estudos se poderão desenvolver; na sua metodologia outros investigadores se poderão inspirar.

Por último, na medida em que “dá voz” a um grupo de indivíduos pertencentes a uma população frequentemente silenciosa – as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas -, em que desoculta e anuncia a sua experiência vivida de ser cuidado numa circunstância em concreto, gostaríamos de poder pensar que o estudo se compreende, ele mesmo, enquanto um cuidado de enfermagem.

¹⁹ Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget. Medicina e Saúde.

²⁰ Atkinson, L.; Murray, M. (1989). *Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

²¹ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Uma vez que, consideradas a finitude da percepção e a subjetividade da interpretação, os fenómenos se manifestam em “verdades perspectivadas”, a presente investigação (também ela situadamente perspectivada a partir da cosmovisão pessoal, profissional e disciplinar, bem como do tempo biográfico do autor) organiza-se em três partes.

Metáforas tanto das etapas fundamentais do processo hermenêutico, quanto da própria perspectiva enquanto campo de estudo da percepção, são elas:

Na **Parte 1: Linhas de Fuga...** (*linhas imaginárias que descrevem o efeito da perspectiva convergindo para o ponto de fuga*), são apresentados os dois capítulos correspondentes aos pontos de partida do estudo. A saber:

No **Capítulo I – ...para uma compreensão do fenómeno em estudo**, situamos a experiência vivida como foco de atenção da enfermagem, problematizamos sobre as complexidades contemporâneas da adição a substâncias psicoativas, articulamos a enfermagem e a gestão de caso como resposta personalizada às necessidades das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, apresentamos o contexto do estudo, formulamos a questão de investigação e definimos o objetivo do estudo.

No **Capítulo II – ...para a orientação metodológica do estudo e para a heurística do método**, sintetizamos os elementos da fenomenologia existencial de Heidegger e da hermenêutica de Gadamer que suportam a metodologia, apresentamos e refletimos sobre a experiência e os *a priori* do investigador, anunciamos o desenho do estudo e descrevemos a seleção dos participantes, bem como a colheita, o tratamento e a análise dos dados. Tecemos também considerações éticas e deontológicas.

Na **Parte 2: Ponto de Encontro...** (ou “ponto de fuga” - ponto localizado na linha do horizonte, para onde todas as linhas convergem, quando vistas em perspectiva), é apresentado no **Capítulo III - ...com as pessoas e com as vozes da experiência**, o encontro dialogante e privilegiado que tivemos com as catorze pessoas participantes no estudo, bem como o essencial do acesso que nos permitiram às vozes individuais das suas experiências.

Por último, na **Parte 3: Fusão de Horizontes...** (“horizonte” como elemento da perspectiva que representa o nível dos olhos do observador, mas também como plano compreensivo da articulação da tradição e do presente do fenómeno em estudo e do seu intérprete,) no **Capítulo IV - ...para uma desocultação do fenómeno**, procedemos à desocultação situada do fenómeno por via da comunicação interpretativa da voz da experiência do grupo nas suas comunalidades e singularidades, discutimo-lo disciplinarmente, prevemos as suas implicações para a prática, para a investigação e para o ensino da enfermagem e sugerimos, a partir dele, investigações futuras capazes de transformar e continuar a tornar contemporâneo o seu conhecimento. Terminamos com a conclusão.

A apresentação das referências bibliográficas segue a norma da APA.

Nos anexos e apêndices encontramos, respetivamente, as autorizações para a realização do estudo e as narrativas de todos os participantes.

Parte 1: Linhas de fuga...

I - ...para uma compreensão do fenômeno em estudo

No presente capítulo desenvolvem-se e articulam-se as ideias fundantes a partir das quais todo o restante texto se torna coerente.

Sendo este um estudo de enfermagem sobre a experiência vivida esta é, partindo das ideias de Dilthey sobre as ciências humanas e a *Erlebnis* (a experiência vivida), conceptualizada enquanto foco de atenção disciplinar e profissional da enfermagem, quando compreendida na perspectiva do paradigma unitário-transformativo. Convocamos para isso, associando-os também à importância da fenomenologia para a enfermagem, elementos do pensamento de autoras como Jean Watson, Paterson e Zderad e Rosemarie Rizzo Parse.

Na abordagem ao fenômeno da experiência vivida da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso, começamos por tratar as complexidades contemporâneas da adição a substâncias psicoactivas para, perante a necessidade de desenvolver respostas assistenciais mais adequadas, articularmos a enfermagem e a gestão de caso como resposta personalizada às necessidades da pessoa.

Na sequência, a experiência vivida em atenção é situada no seu contexto institucional (uma Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.), decorrendo, desde aí, no encontro com os princípios que se enunciam sobre a prestação de cuidados de enfermagem com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, a questão de investigação e o objetivo do estudo.

A experiência vivida como foco de atenção da enfermagem

"We understand ourselves and others only because we introduce our own lived experience of life into every kind of expression of our own life and that of others."

Dilthey²²

As origens do termo "experiência vivida" remontam às ideias do filósofo Schleiermacher, ganhando posteriormente, com Dilthey, para quem compreender a vida tal como ela é vivida pelo homem constituiu, à época (1833-1911), o maior e mais profundo problema do pensamento moderno e da cultura,²³ uma maior elaboração.

Pensando o indivíduo como um todo com valor intrínseco e a vida como um processo, um continuado que se transforma e que se manifesta na unidade dinâmica da experiência humana, Dilthey revalorizou a influência da história e da cultura para a compreensão da vida humana intercomunicada com os outros e centrou e desenvolveu as suas principais ideias em torno do nexo coerente da vida tal como é humanamente experienciada:

a (*das Erlebnis*, no original em Alemão^{24,25}).

²² Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883), 24.

²³ Idem.

²⁴ Ibidem, 23.

²⁵ Formação secundária do verbo *erleben*, traduzível por *fazer (ter/viver) uma experiência* ["*erleben*" - *Erfahrung machen: Fazer uma experiência*. In Langenscheidts Grosswörterbuch (1998). *Deutsch als Fremdsprache*. Berlin und München: Langenscheidt. (Dicionário de Alemão)], *viver, presenciar, assistir a, vivenciar* [Langenscheidt Taschenwörterbuch (2001). *Portugiesisch - Deutsch / Deutsch - Portugiesisch*. Berlin und München: Langenscheidt. (Dicionário de Português/Alemão e Alemão/Português)], o conceito ganhou uma contribuição importante com a sua utilização na literatura biográfica alemã dos anos setenta do século dezanove (especialmente sobre artistas e poetas - partindo do suposto de que "a partir da vida se compreende a obra"), ao convocar a dimensão histórica (individual e coletiva) do humano que acede à experiência da vida a partir de si, da sua vida passada e da cultura em que se inscreve.

Realidade integral direta (simultaneamente contemporânea e histórica) feita dos vividos todo-coerentes que se constroem a partir da subjetividade individual (experiência interna) e coletiva de cada indivíduo, a experiência vivida simultaneamente decorre, organiza e expressa a relação do Homem com o mundo presente e passado - com a história e a cultura, manifestações de padrões da vida humana, perpassados de significados.²⁶

Na experiência vivida estamos perante a principal relação e articulação que se estabelece entre o indivíduo e o mundo. Formulação condensadora e intensiva que considera tanto a atualidade da experiência que se vive (que oferece o ponto de partida para a interpretação, elaboração e transmissão, mas que lhes é anterior) quanto o produto por si mediado, o seu resultado na vida de quem a viveu, a experiência vivida funda o modo humano de ser²⁷.

Unidade vivencial, que é em si mesmo uma unidade de sentido, a experiência vivida define-se pela acentuada imediaticidade do envolvimento integral do indivíduo com o mundo em situação, emergindo e sendo vivida em si própria no tempo em que decorre²⁸. Precedendo quaisquer movimentos de significação, a consciência de si, inteiro, situado (numa situação do mundo em particular), é vivida como uma realidade pré-reflexiva que tem existência em si própria:

*"The reality of lived experience is there-for-me"*²⁹.

Mas, uma vez que todo o vividamente experienciado é autorreferenciável (biográfico, nesse sentido), ela não só se significa, nesse instante, em ligação à unidade de sentido total de quem a experiencia, como também passa a constituir-se como "lembrança".

²⁶ Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883).

²⁷ Idem.

²⁸ Makkreel, R.; Rodi, F. (Eds.). (1985). *Wilhelm Dilthey: Selected Works, Volume V: Poetry and Experience*. New Jersey: Princeton University Press.

²⁹ Ibidem, 223.

Determinada através da reflexividade e da interioridade, a experiência vivida organiza uma relação insubstituível e imprescindível com o todo dessa vida e ganha, através disso, uma nova maneira de ser uma no seu restante decurso vital, no qual se funde e continua a acompanhar ininterruptamente.³⁰

Algo se transforma em experiência vivida, por isso, na medida em que não somente foi experienciado na imediatez com que se abrange algo real, mas em que o seu ser-experienciado (no modo de existir da realidade para cada indivíduo) cria uma impressão especial, uma importância que perdura, um conteúdo duradouro³¹.

Considerando a limitação positivista (fragmentária) das ciências da natureza para a apreensão e compreensão da vida tal como ela é humanamente vivida – a vida humana manifesta-se inteiramente na *Erlebnis*, na experiência vivida –, Dilthey anunciou que apenas ao nível do que posteriormente se veio a designar como as ciências humanas^{32, 33} (*Geisteswissenschaften*) se torna possível aceder ao seu conhecimento, na sua combinação tanto expressiva quanto compreensiva³⁴.

³⁰ Gadamer, H-G. (2004). *Truth and Method*. (3rd Edition). London: Continuum Publishing Group, 56 et. seq.

³¹ Ibidem, 53,57.

³² A expressão escolhida por Dilthey para designar estas ciências, distintas das ciências da natureza, tem colocado problemas se não de interpretação do sentido, pelo menos de tradução. É frequentemente referido pelos tradutores o desafio linguístico que envolve a captura do significado de neologismos em alemão. Neste sentido, se o híbrido *Geisteswissenschaften*, sugere uma conexão das ciências (*wissenschaft*) ao espírito (*geist*), a partir da qual algumas traduções se referem às “ciências do espírito”, a introdução da expressão “humanas” tem, ao longo do tempo e para autores/tradutores diversos, parecido ser mais apropriada, uma vez que alegam que por *Geisteswissenschaften* Dilthey se pretendeu referir a todo o espectro da unidade psicofísica da natureza e da experiência humanas e não unicamente os factos da mente ou do espírito. Betanzos in Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883), 31-32.

³³ O termo alemão *Geisteswissenschaften* tem também sido traduzido na literatura de língua inglesa como “Estudos Humanos”. In Mitchell, G.; Cody, W. (1992). “Nursing Knowledge and Human Science: Ontological and Epistemological Considerations”. *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications. 5 (2), 54-61.

³⁴ Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883), 175.

*"...the combination of lived experience, expression and understanding is the specific process whereby mankind exists (...) as an object of the human sciences. Hence, the human sciences are grounded in this connection of life, expression and understanding."*³⁵

Ao organizar uma ontologia e uma epistemologia com atributos próprios, as ciências humanas anunciam, nesta perspectiva, a impossibilidade de conhecer os seres humanos como objetos, como separados das suas vidas. Pelo que no que se refere à natureza da realidade, os seres humanos estão, por isso, intimamente conectados com os seus mundos de experiência. Totalidades unitárias em inter-relação constante com os seus universos dinâmicos, temporais, históricos e culturais, os indivíduos são valorizados como intencionais e providos de livre arbítrio, sendo que é nesta participação ativa e contínua na vida (sua e dos outros), que cada indivíduo a/se experiencia humanamente como realidade fundamental, complexa e total, elaborada no pensar, no sentir e no desejar.³⁶

A experiência vivida, enquanto realidade pré-reflexiva e final da consciência para além da qual não se consegue aceder³⁷, constituiu-se pois, enquanto objeto de estudo ao mesmo tempo complexo e uno, como o conjunto básico de dados (*datum*) em torno dos quais operam as ciências humanas³⁸, e é a partir desta sua valorização primordial e exclusiva que o paradigma das ciências humanas cria a emergência de busca de um conhecimento que, diferentemente do paradigma positivista, não se pretende já explicativo e preditivo, mas antes profundamente compreensivo, interpretativo e íntimo.

³⁵ Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883), 24.

³⁶ Idem, 1976, 1978, 1989.

³⁷ Ibidem, 13.

³⁸ Ermarth, M. (1978). *Wilhelm Dilthey: The critique of historical reason*. Chicago: University of Chicago Press.

Neste sentido, uma vez assumido que não se verificam descontinuidades, a partir desta ideia de “vida humana”, entre os mundos da natureza e os mundos humanos, o conhecimento proveniente das ciências naturais é anunciado como necessariamente integrável pelo conhecimento proveniente das ciências humanas, orientando-se fundamentalmente aquelas por estas³⁹.

No que se refere à enfermagem, apesar do positivismo lógico ter prevalecido consistentemente enquanto a abordagem mais valorizada na maior parte do século XX⁴⁰, verifica-se na atualidade que é crescentemente referenciada pelos autores como uma ciência humana do campo da saúde^{41,42,43,44,45}.

Ao mudar a sua atenção de fenômenos em saúde humana enquadrados pelo pensamento positivista para se passar gradualmente a relacionar com as ciências humanas, a enfermagem adota, necessariamente, uma outra perspectiva filosófica refletida tanto no desenvolvimento das suas teorias, quanto na investigação e na *praxis*.⁴⁶

³⁹ Dilthey, W. (1976). *Selected Writings*. (Rickman, H. Trans.) Cambridge: Cambridge University Press.

⁴⁰ Dzurec, L. (1989). The Necessity for and Evaluation of Multiple Paradigms for Nursing Research: A Poststructuralist Perspective. *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 11 (4), 69-77. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 491-497.

⁴¹ Mitchell, G.; Cody, W. (1992). “Nursing Knowledge and Human Science: Ontological and Epistemological Considerations”. *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications. 5 (2), 54-61.

⁴² Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks.

⁴³ Watson, J. (1995). “Postmodernism and Knowledge Development in Nursing”. *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications. 8 (2), 60-64.

⁴⁴ Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott.

⁴⁵ Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 455 et seq..

⁴⁶ Mitchell, G.; Cody, W. (1992), op.cit.

Neste novo pensamento, interpretativo por excelência⁴⁷, no qual os fenómenos são considerados e estudados através dos olhos das pessoas nas suas situações vividas, a natureza unitária da pessoa-ambiente torna-se congruente com a valorização que a disciplina anuncia no que se refere a uma conceptualização e *praxis* de cuidados de enfermagem profundamente individualizada e holística⁴⁸, considerado o compromisso moral⁴⁹ com o cuidar da pessoa total e o interesse pelos fenómenos em saúde de indivíduos e grupos⁵⁰.

Sendo que é a partir e pelas experiências vividas que os indivíduos e as famílias transformam as suas perspetivas e agem as mudanças, reorganizando padrões no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida, verifica-se que a atenção dos enfermeiros às suas experiências vividas conectadas com o universo da saúde ilumina um conhecimento imprescindível à transação dialógica de significados e à coconstrução das decisões sobre os cuidados de enfermagem.⁵¹ Os enfermeiros adquirem, por isso, a condição de poder ajudar perante a compreensão atenta das perspetivas das pessoas suas clientes e das suas necessidades⁵² na experiência humana de saúde⁵³.

⁴⁷ Weaver, K., & Olson, J. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 461.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). "The Focus of the Discipline of Nursing". *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 14 (1), 1-6. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 20-24.

⁵⁰ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 30.

⁵¹ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks, 31, 63, 69 et. seq..

⁵² Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. *Methods in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 4.

⁵³ Margareth Newman, apoiada nos trabalhos de Leininger (1984), Watson (1985, 1988), Benner (1988, 1989), Phillips (1990), Pender (1987, 1990) e Parse (1981), foi das primeiras teóricas de enfermagem a situar o foco da disciplina de enfermagem no "estudo do cuidar na experiência humana de saúde". In Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991), op.cit.

Aceitando que a ação cuidativa se baseia em significados e que a sua comunhão entre os enfermeiros e os seus clientes proporciona a base fundamental para as relações de ajuda que se estabelecem entre ambos, compreender os temas que atravessam as experiências vividas das pessoas em matéria de saúde proporciona orientações úteis para os enfermeiros no que se refere à abertura à compreensão das perspetivas individuais, à orientação temática para a identificação de problemas e a uma disponibilidade aumentada para a compreensão de assuntos que podem ser colocadas pelos clientes na relação de forma pouco explícita⁵⁴.

Uma vez que a explicação do conhecimento relevante para o cuidar na experiência humana de saúde é afetada pelo paradigma em que se inscreve⁵⁵ e considerando que em paradigmas anteriores os focos podem ser isolados para estudo, a possibilidade de o foco da enfermagem ser estudado como um todo indivisível encontra justificação unicamente no paradigma unitário-transformativo^{56, 57}. Neste sentido, embora sejam apropriadas múltiplas perspetivas para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, a perspetiva unitário-transformativa, presente nos trabalhos de Watson^{58, 59}, Paterson & Zderad⁶⁰ e Parse⁶¹, torna-se assim essencial para a explicitação plena da disciplina^{62, 63}.

⁵⁴ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 4.

⁵⁵ Carter, S.; Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.

⁵⁶ Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). "The Focus of the Discipline of Nursing". *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 14 (1), 1-6. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 20-24.

⁵⁷ Carter, S.; Little, M. (2007), op. cit.

⁵⁸ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

⁵⁹ Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

⁶⁰ Paterson, J.; Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. The Project Gutenberg eBook. Acedido em 6 de agosto em <http://www.gutenberg.org/ebooks/25020>.

Filiando-se à ideia de que há uma evolução interligada, vivencial, entre o Homem e o Mundo e que os indivíduos são unitários nos seus mundos de experiência, a enfermagem perspectiva, neste paradigma, os seres humanos como vivenciados e os enfermeiros como coparticipantes nos seus mundos de experiência de saúde-doença⁶⁴, tanto no acompanhamento na (muitas vezes difícil) imediatez das experiências de saúde, quanto na sua elaboração e significação posterior; na exploração cuidativa do sentido do vivido para quem o viveu. Pelo que se compreende que ao abrir-se à indagação e compreensão *cine-qua-non* dos vividos em saúde humana a enfermagem requeira pois toda uma sensibilidade conceptual e metodológica, fenomenológica, para o acesso e compreensão das experiências vividas constituídas como foco de atenção disciplinar e científica no que se refere ao desenvolvimento da sua investigação, da sua teorização e da sua da prestação de cuidados, no encontro privilegiado e significativo com as pessoas, suas realidades e mundos-vividos nos quais se tecem os fenómenos humanos de saúde-doença. Na perspectiva da enfermagem a fenomenologia orienta-se por isso para a prática – a prática da vida – a ponto de abrir possibilidades para relações entre ser e agir, entre o que é a enfermagem e quem são e como agem os enfermeiros, no cruzamento significado de prestar cuidados a/com outra (igualmente) pessoa.

Neste sentido, Watson considera que a fenomenologia oferece uma utilidade inestimável para a enfermagem uma vez que a “...análise

⁶¹ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks.

⁶² Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). “The Focus of the Discipline of Nursing”. *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 14 (1), 1-6. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 20-24. Carter, S.; Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 23.

⁶³ Carter, S.; Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.

⁶⁴ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 30,32.

*fenomenológica empírico-descritiva das experiências humanas na saúde e na doença, pode fornecer uma descrição rica dos sentidos humanos das experiências vividas por uma pessoa.”.*⁶⁵ Para a autora, facilitada, desde aí, a compreensão do comportamento humano na saúde e na doença, torna-se possível aos enfermeiros passarem a criar as condições para a otimização do conhecimento e do agir no processo humano do cuidar. Uma vez que este conhecimento se demonstra e age eficazmente apenas com o outro, na relação enfermeiro-cliente, no seu pensamento a fenomenologia ilumina não apenas o mundo da experiência vivida das pessoas beneficiárias dos cuidados de enfermagem, como se situa também na abertura aos vividos dos enfermeiros, à sua própria humanidade, no processo transpessoal de cuidar⁶⁶.

Para Paterson e Zderad⁶⁷, uma vez que os enfermeiros experienciam com os outros seres humanos eventos de vida existencialmente significativos (*“peak life events”* como o nascimento, a separação, a perda, a morte), a empatia que dirigem para a imediatez dessas experiências vividas pelas pessoas e o seu próprio acervo experiencial-educacional produzem o “entre” que transforma a situação do encontro do enfermeiro com o outro numa situação única, a ser compreendida. Desse modo, para as autoras, a abordagem fenomenológica dos eventos humanos presentes nas situações com interesse para a enfermagem apresenta o potencial de contribuir para a criação de conhecimento sobre os padrões de resposta e as variabilidades da expressão humana, presentes nas experiências vividas de saúde. Consequentemente, com a desocultação sistemática dos temas significativos dessas experiências nas situações relevantes para a enfermagem, estes tornam-se gradualmente disponíveis para que possam ser compilados,

⁶⁵ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 151.

⁶⁶ Ibidem, 111 et seq.

⁶⁷ Paterson, J.; Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. The Project Gutenberg eBook. Acedido em 6 de agosto em <http://www.gutenberg.org/ebooks/25020>.

sistematizados, refletidos, interpretados, compreendidos e transformados em conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento da área de saber. De acordo com o seu pensamento, é pois no contacto com essas comunalidades e singularidades da experiência humana que os enfermeiros adquirem a possibilidade para irem de encontro às necessidades das pessoas, na perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados que prestam.

Parse, por seu lado, ancorada na fenomenologia existencial⁶⁸, valoriza tanto a utilização conceptual quanto metodológica e metódica (propõe mesmo um método da sua autoria – *The Parse Method* ou *The Human Becoming Hermeneutic Method*⁶⁹) da fenomenologia como forma de aceder, significar e teorizar as experiências humanas de saúde. Não encarando a saúde como um estado fixo ou como associada a mecanismos de causa-efeito, a autora compreende-a antes como um “...tornar-se, (...) uma maneira de viver...”⁷⁰. No seu pensamento, considerando que este processo de mudança temporal vivida pelas pessoas é frequentemente oculto aos olhares mundanos (ainda que profissionais, mas inscritos nas ciências de orientação positivista), Parse defende que a complexidade do “tornar-se” se pode reconhecer unicamente na atenção consciente, fenomenológica, à expressão da memória da experiência vivida, ao “linguajar”⁷¹ singular e integral que cada indivíduo utiliza para a simbolizar e comunicar.

Considerando a experiência vivida como um foco da sua atenção profissional e científica, compreende-se, a este ponto, na procura que a enfermagem faz por compreender os comportamentos e as expressões humanas, estudando-os nos seus contextos, nos meios em que as experiências de saúde-doença são capazes de se tornarem visíveis e

⁶⁸ Na tradição de autores como Heidegger mas também Merleau-Ponty e Sartre, entre outros.

⁶⁹ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks, 61 et seq.

⁷⁰ Ibidem, 32.

⁷¹ Parse recorre ao uso da expressão “*Languaging*” – “...signifying valued images through speaking-being silent and moving-being still.” - aqui traduzida livremente para “linguajar” enquanto modo idiossincrático, pessoal, de (se) comunicar verbal e não verbalmente. In ibidem, 39.

inteligíveis, como se torna relevante o recurso ao contributo do pensamento de Gadamer⁷² para a investigação em enfermagem. Uma vez que enfocada nos indivíduos como totalidades, a enfermagem, como ciência humana do campo da saúde, se ocupa das experiências humanas em matéria de saúde e doença e procura, através de diálogos significativos com as pessoas, a compreensão das suas experiências em saúde tal como por si vividas⁷³, o pensamento de Gadamer, ao propor uma teoria geral de como a experiência humana pode ser interpretada e compreendida⁷⁴ - com os particulares perspectivados em relação ao todo de cada fenómeno - possibilita aos enfermeiros uma orientação metodológica conducente à geração de conhecimento sensível que não se reparte entre sujeito e objeto, corpo e mente. Opondo-se à noção dicotómica de sujeito-objeto no qual o indivíduo é visto como uma entidade não envolvida com o mundo externo e dele passivamente contempladora por meio de representações, a proposta teórica e metodológica deste o autor encontra eco numa visão da enfermagem na qual mente e corpo são compreendidos como um todo unificado e a pessoa como participante situado num mundo de significados.

Ao privilegiar um conhecimento natural e holístico adquirido por meio da abertura, da participação e do diálogo com o outro e com a sua experiência vivida, a hermenêutica gadameriana e a sua ligação à fenomenologia tornam-se assim compreensivelmente comunicantes com os valores comuns às teorias de enfermagem do paradigma unitário-transformativo⁷⁵.

⁷² O essencial do pensamento de Gadamer que convocamos para o estudo é desenvolvido no capítulo sobre a metodologia.

⁷³ Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 456.

⁷⁴ Pascoe, E. (1996). The value to nursing research of Gadamer's hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 24,1309-1314.

⁷⁵ Mas também com o pensamento de Peplau (1952), de Orlando (1961) e de Travelbee (1971), entre outras. In Pascoe, E. (1996). The value to nursing research of Gadamer's hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 24,1309-1314.

Complexidades contemporâneas da adição a substâncias psicoativas

A utilização de substâncias psicoativas, transcendendo especificidades de raça, género, idade ou classe social, acompanha a história das culturas. Constante histórica e universal síncrona com a busca que o homem faz de si mesmo, com a procura do que os seus sentidos lhe podem ensinar sobre o significado da sua existência, o seu uso inscreve-se em todas as épocas⁷⁶, remontando a 5000 A.C. a referência à sua utilização mais antiga, em rituais místicos, por povos hindus do norte de África⁷⁷. De igual modo, também as finalidades curativas ou recreativas têm feito parte dos usos que civilizações diversas lhes têm dado.

Na Europa do século XVI, os descobrimentos e o início das transações comerciais com o oriente e com a América do Sul estiveram na origem da sua divulgação. Foi, contudo, na Inglaterra do século XIX que a utilização crescente e a identificação de problemas a ele associados suscitaram, nas últimas duas décadas, os primeiros esforços para controlar, em particular, o consumo de ópio⁷⁸. Desde então fenómeno de importância crescente nos países da União Europeia (que estima contar na atualidade com mais de dois milhões de consumidores⁷⁹), a adição a substâncias psicoativas passou a revestir-se de um conjunto de complexidades - individuais, familiares, socioculturais e criminais - que tem promovido o seu enquadramento progressivo nas políticas nacionais, assim como o alargamento de políticas

⁷⁶ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

⁷⁷ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODC) (2000). *Demand reduction: a glossary of terms*. New York : UN Publication.

⁷⁸ Borges, C.; Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 1*. Lisboa: Climepsi Editores.

⁷⁹ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2006, 2007, 2008). *Relatórios Anuais: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

conjuntas⁸⁰. Neste sentido, a Estratégia⁸¹ e os Planos^{82,83} da União Europeia de Luta contra a Droga têm vindo a definir claramente, para além dos objetivos que reportam ao combate à criminalidade, ao tráfico e ao reforço dos mecanismos de cooperação internacional, objetivos no âmbito da saúde a implementar no espaço da União até 2012.

No seu conjunto, estes objetivos visam alcançar um elevado nível de proteção sanitária, bem-estar e coesão social no que se refere à prevenção e redução do consumo, da dependência e dos efeitos nocivos das substâncias para a saúde e para a sociedade. Em particular no que se refere ao tratamento e às medidas de reabilitação e reintegração social, são enfatizadas medidas que num quadro de integração de ações e serviços promovam o acesso a programas de cuidados psicossociais e farmacológicos integrados, capazes de responder aos problemas para a saúde e aos problemas sociais causados pelo consumo de substâncias psicoativas ilícitas e pelo policonsumo, em associação, de substâncias psicoativas consideradas lícitas (como o tabaco, os medicamentos e o álcool). Na conjunção destes problemas, também a prevenção e tratamento do VIH/SIDA, das hepatites B e C e de outras infeções, doenças e danos para a saúde e sociais são incluídos, em particular nos grupos considerados epidemiologicamente mais vulneráveis^{84,85,86}.

Em Portugal, desde a década de oitenta do século XX na qual surgiram as primeiras respostas dos serviços de saúde às importantes alterações na

⁸⁰ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2008). *Relatório Anual: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

⁸¹ Conselho da União Europeia (CUE) (2004). *Estratégia da UE de luta contra a droga (2005-2012)*. Bruxelas: Autor.

⁸² Conselho da União Europeia (CUE) (2005). *Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2005-2008)*. Bruxelas: Autor.

⁸³ Conselho da União Europeia (CUE) (2008). *Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2009-2012)*. Bruxelas: Autor.

⁸⁴ Conselho da União Europeia (CUE) (2004), op. cit.

⁸⁵ Conselho da União Europeia (CUE) (2005), op. cit.

⁸⁶ Conselho da União Europeia (CUE) (2008), op. cit.

estrutura e consumo de drogas como foram, então, o aumento do número de consumidores, o uso de substâncias cada vez mais potentes e o aumento da oferta no “mercado” (no que se refere, em particular, à heroína⁸⁷), bastante mudou no panorama das substâncias de abuso e das suas dependências⁸⁸.

À semelhança de outros países da União, as dependências contemporâneas (novas substâncias, novos padrões de consumo e novas doenças associadas) longe de apresentarem tendências decrescentes significativas, acarretam na atualidade toda uma nova complexidade em termos de necessidades de cuidados de saúde por parte dos consumidores e, consequentemente, de respostas dos serviços de saúde⁸⁹.

Aos problemas tradicionalmente mais representativos no nosso país na área das substâncias ilícitas e do tratamento das dependências como têm sido:

- . o consumo de opiáceos e droga injetada (nos últimos anos a heroína continuou a ser referida como droga principal no que respeita aos consumos das pessoas que recorreram às diferentes estruturas de tratamento⁹⁰),
- . o consumo de cocaína (que verifica na atualidade uma tendência crescente, associada, também, ao aumento da utilização do país como principal ponto de entrada da cocaína na Europa⁹¹),
- . as doenças infetocontagiosas (que no global têm vindo a apresentar uma tendência estabilizadora e mesmo decrescente, mas, inversamente,

⁸⁷ Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroínodependentes. Características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.

⁸⁸ Rosa, A.; Gomes, J.; Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Formasau, 23.

⁸⁹ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

⁹⁰ Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Autor.

⁹¹ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2008). *Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Dados referentes a Portugal.

com um aumento da incidência de SIDA relacionada com o consumo de droga injetada^{92,93}) e

. as mortes relacionadas com o consumo de drogas (em que Portugal é, juntamente com Espanha, França e Itália, responsável por 90% das mortes indiretamente relacionadas com o consumo de droga⁹⁴)...

... associam-se agora também o aumento da importância dos policonsumos e o envelhecimento e crescente degradação física e mental dos utilizadores⁹⁵.

Na atualidade, apesar das diferenças e especificidades que se mantêm (epidemiológicas e de saúde pública, de representações, de efeitos neurobiológicos, de entendimento fenomenológico na clínica, de complicações psiquiátricas associadas e de terapêutica), a redescoberta de raciocínios clínicos comuns entre a toxicodependência e o alcoolismo corresponde a uma evolução cultural na abordagem geral da utilização das substâncias psicoativas que aproxima no domínio da adictologia tanto os consumidores de drogas e de álcool (com relevo para as pessoas dependentes tanto daquelas quanto deste) quanto os princípios compreensivos e assistenciais das suas necessidades em matéria de cuidados de saúde^{96,97}.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde define “adição” (a droga ou a álcool) como o uso repetido de substância(s) psicoativas(s), ao ponto do utilizador (referido como um *adicto*) se encontrar periódica ou

⁹² Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2008). *Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Dados referentes a Portugal.

⁹³ Nota do autor: Justificada, também, pela maior atenção ao despiste (por método de deteção rápida) da infeção por VIH/SIDA no âmbito do Programa KLOTHO.

⁹⁴ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, op. cit.

⁹⁵ Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Autor.

⁹⁶ Morel, A. ; Favre, J.; Rigaud, A. (2001). Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre poits communs et spécificités. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, 45-56.

⁹⁷ Chalker, T. (1997). Addiction: A Concept Analysis. *Journal of Addictions Nursing*, 9: 4, 168 — 172.

cronicamente intoxicado, demonstrar uma compulsão para o consumo da(s) substância(s), apresentar grande dificuldade em cessar ou modificar voluntariamente a sua utilização e exibir determinação em obter a(s) substância(s) psicoativa(s) por quase quaisquer meios⁹⁸.

Na dependência a drogas e/ou ao álcool os fatores individuais comuns, a sobreposição de significações no que respeita ao uso das substâncias (com uma função de controlo da distância relacional), a problemática da "sujeição" à substância, a história natural das adições e a similitude das trajetórias pessoais passam agora a organizar um sentido mais amplo da forma como todos estes fatores se relacionam e unificam na emergência de sofrimentos comuns para os quais urge encontrar novos modelos de compreensão, novas designações e novos dispositivos assistenciais⁹⁹.

Nesse sentido, verifica-se que o envolvimento na constituição do campo comum da adição procede de uma evolução que é tanto conceptual quanto clínica e terapêutica, mas também política, na medida da necessidade da redefinição dos objetivos de saúde pública e, conseqüentemente, das políticas de saúde.

Considerando que a compreensão da "adição" assume assim, nas atuais condições histórico-sociais, um valor central em ligação ao qual os dispositivos de cuidados de saúde não podem, hoje, conceber-se de maneira separada, sob lógicas autónomas¹⁰⁰, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP) passou a integrar também, desde 2007, as

⁹⁸ World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Recuperado em 29 de julho 2011, de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

⁹⁹ Morel, A. ; Favre, J.; Rigaud, A. (2001). Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, 45-56.

¹⁰⁰ Leshner, A. (1999). Science Is Revolutionizing Our View of Addiction — and What to Do About It. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association. Vol. 156, 1–3.

atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul¹⁰¹ em matéria de prevenção e tratamento do consumo de álcool.

Não obstante nos últimos anos os dados das vendas revelarem uma ligeira descida global do consumo¹⁰², verifica-se que o álcool permanece em Portugal enquanto uma problemática major em termos de saúde pública, uma vez que este continua a situar-se entre os países-membros da União Europeia como um dos que apresentam maiores consumos de bebidas alcoólicas e, por isso, uma maior prevalência dos problemas que se lhes relacionam¹⁰³.

De entre estes problemas contam-se importantes consequências para o indivíduo dependente (degradação da saúde física e mental), para a família (perturbação nas relações, conflitualidade e efeitos transgeracionais), para o trabalho (com diminuição do rendimento laboral, aumento do absentismo e acidentabilidade, desemprego ou reformas prematuras e consequente degradação da situação económica) e para a comunidade (perturbações nas relações sociais e da ordem pública, delitos, atos violentos, criminalidade, vagabundagem e acidentes de viação)¹⁰⁴.

Assim, a toda a panóplia de problemas e necessidades contemporâneas em cuidados de saúde das pessoas dependentes de drogas, as Equipas de Tratamento do IDT, IP passaram também a prestar cuidados de saúde a pessoas com dependência do consumo de álcool e problemas associados, acrescentando complexidade ao seu já previamente complexo contexto assistencial.

Em matéria de adequação das medidas de tratamento disponíveis, a avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a

¹⁰¹ Decreto-Lei n.º 221 (2007, 29 de maio). *Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência*, I.P.. Diário da República, I Série.

¹⁰² Babor, T. (2009) Álcool: Bem de consumo *sui generis*. Resumo do Relatório da OMS. *Revista Toxicodependências*. Vol. 15, Nº1, 77-86.

¹⁰³ Mello, M.; Barrias, J.; Breda, J. (2001) *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

¹⁰⁴ Idem.

Toxicodependência realizada em 2004 pelo IDT, IP, identificou importantes limitações nas respostas articuladas e geograficamente abrangentes, assim como dificuldades de potenciação da articulação intra e interinstitucional no plano de uma intervenção integrada. Desta avaliação resultou um conjunto de orientações que procuraram melhorar as respostas terapêuticas ao aumento do número de clientes com problemas associados à adição de substâncias psicoactivas e à diversificação das suas necessidades de cuidados.

O reconhecimento e valorização do tratamento, a centralidade da pessoa na organização dos cuidados e a construção de respostas integradas, constituíram-se assim como alguns dos principais eixos de intervenção anunciados no atual Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005–2012¹⁰⁵.

Na linha do proposto pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência como uma das medidas tendentes a reforçar a qualidade do tratamento e da assistência a pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, este Plano Nacional prevê, para a implementação e/ou melhoramento de respostas num registo simultaneamente vertical (rede de referenciação) e horizontal (articulações dos diferentes vetores no processo de cuidados), a opção por modelos de gestão personalizada dos casos¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Autor

¹⁰⁶ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2006). *Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 34.

A enfermagem e a gestão de caso como resposta personalizada às necessidades da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas

Surgindo pela primeira vez nos Estados Unidos da América na literatura sobre serviço social, a gestão de caso tornou-se, especialmente a partir nos anos oitenta do século passado, uma prática que passou a fazer parte, cada vez mais e até aos nossos dias, da organização dos serviços de saúde e da terminologia dos seus profissionais¹⁰⁷.

Num estudo que pretendeu definir o conceito de “gestão de caso” apresentado na literatura de enfermagem Norte-Americana nas décadas de oitenta e noventa¹⁰⁸, verifica-se que apesar da manutenção do objetivo essencial da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a gestão de caso como modelo de cuidados de saúde evoluiu, adaptando-se não só às modificações das necessidades de saúde das populações, mas também ao desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Complexificando-se ao longo do tempo, a gestão de caso é definida, na atualidade, como um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª edição. Loures: Lusociência.

¹⁰⁸ Casarin, S.; Villa, T.; Gonzales, R.; Freitas, M.; Caliri, M. et al. (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472-7.

¹⁰⁹ Commission for Case Management Certification (2004). In Mullahy, C. ; Jensen, D. (2004). *The case manager's handbook*. 3.rd Ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 11.

Mais ou menos orientada “para o sistema”¹¹⁰ ou “para a pessoa” (*vide* Quadro 1), a gestão de caso afirmou na literatura do último quartel do século XX o princípio dos modelos de organização de cuidados de saúde holísticos, multiprofissionais e multidisciplinares, que articulam os recursos disponíveis em favor das necessidades da pessoa beneficiária, nas suas idiossincrasias^{111,112,113}.

Quadro 1 - Gestão de caso
Orientação para o sistema e orientação para a pessoa

Orientação para o sistema	Orientação para a pessoa
Trabalha com os protocolos mais eficientes e efetivos para cada diagnóstico	Aborda o caso individualmente
Algoritmos clínicos diagnóstico-específicos	Algoritmos clínicos são pessoa-específicos
Ocorre dentro de um ambiente específico	Sensível ao ambiente da pessoa
Programado para promover um resultado de qualidade padrão para todos os beneficiários dos cuidados	Procura promover um resultado de qualidade para a pessoa
Processo repetitivo, insere todos os beneficiários dos cuidados dentro de uma classificação diagnóstica da qual decorre a mesma sucessão de atividades assistenciais	A pessoa é considerada individualmente. Metas e atividades são formuladas passo a passo
Retroalimenta continuamente o sistema, mas sem mudanças no processo de cuidados	Apoia-se na retroalimentação mas modifica o planeamento para atender às metas e responder às circunstâncias únicas da pessoa
Inspira-se na eficácia e eficiência do funcionamento do sistema de cuidados	Inspira-se no cuidado holístico e humano dos beneficiários de cuidados e familiares

Adaptado a partir de: Powell & Wekell (1996) e Frankel & Gelman (1998).

¹¹⁰ Orientação gestonária dos sistemas de saúde que procura, motivada pelo seu frequente sub-financiamento, o controle de custos e a eficiência e a eficácia dos resultados em cuidados de saúde. In Mullahy, C. ; Jensen, D. (2004). *The case manager's handbook*. 3.rd Ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

¹¹¹ Lubkin, I.; Larsen, P. (2005). *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.

¹¹² Powell, S.; Wekell, P. (1996). *Nursing Case Management: A Practical Guide to Success in Managed Care*. Philadelphia: Lippincott.

¹¹³ Frankel, A.; Gelman, S. (1998). *Case Management*. Chicago: Lyceum Books.

Considerando as diversas e tendencialmente crônicas necessidades de cuidados de saúde das pessoas com problemas de adição, que se aliam às dificuldades destas para acederem e utilizarem os sistemas de cuidados, que desde os anos oitenta se defende a pertinência da introdução de práticas de gestão de caso nos cuidados de saúde que lhe são devidos¹¹⁴. Só mais recentemente, contudo, os estudos evidenciam a adequação da sua escolha^{115,116} no reconhecimento crescente de que é preciso atender mais do que ao abuso de substâncias¹¹⁷ - *"The best treatment programs are comprehensive and multidimensional"*¹¹⁸. Num quadro de criação de sinergias em favor de metas comuns¹¹⁹ às quais se associam também resultados custo-efetivos^{120, 121}, a gestão de caso tem demonstrado introduzir melhorias significativas na assistência em saúde, em particular em grupos vulneráveis e com problemáticas complexas^{122,123}, entre as quais se compreendem as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas¹²⁴.

¹¹⁴ Dennis, M.; Karuntzos, G.; Rachal, V. (1992). Accessing Additional Community Resources Through Case Management To Meet the Needs of Methadone Clients. In National Institute on Drug Abuse (1992) *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Rockville: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Research Monograph Series, 54-77.

¹¹⁵ Ridgely, M.; Willenbring, M. (1992). "Application of Case Management to Drug Abuse Treatment: Overview of Models and Research Issues". In National Institute On Drug Abuse (1992), op. cit., 12-33.

¹¹⁶ Alexander, J.; Pollack, H.; Nahra, T.; Wells, R.; Lemak, C. (2007). Case Management and Client Access to Health and Social Services in Outpatient Substance Abuse Treatment. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. Vol. 34, Issue 3 (July 2007), 221-236.

¹¹⁷ Woodward, A. (1992). "Managed Care and Case Management of Substance Abuse Treatment". In National Institute On Drug Abuse (1992), op. cit., 34-53.

¹¹⁸ Leshner, A. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *The Journal Of The American Medical Association [JAMA]*. American Medical Association. Vol. 282 (14), 1316.

¹¹⁹ Casarin, S.; Villa, T.; Gonzales, R.; Freitas, M.; Caliri, M. et al. (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472-7.

¹²⁰ Shwartz, M.; Baker, G.; Mulvey, K.; Plough, A. (1997). Improving Publicly Funded Substance Abuse Treatment: The Value of Case Management. *American Journal of Public Health*. American Public Health Association, 1659-1664.

¹²¹ Vanderplasschen, W.; Wolf, J.; Rapp, R.; Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs*. Haight Ashbury Publications, 81-95.

¹²² Gonzales, R.; Casarin, S.; Caliri, M.; Sasaki, C.; Monroe, A. et al. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. março, 10 (2), 227-231.

Com efeito, constatou-se que pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas assistidos por um gestor de caso apresentaram evoluções terapêuticas mais favoráveis, conseguiram aceder a serviços mais apropriados e tiveram menos recaídas que pessoas tratadas nos mesmos programas, mas sem gestor de caso¹²⁵.

No que se refere às necessidades das pessoas utilizadoras dos programas de substituição por agonistas opiáceos (metadona), verificou-se que a associação de princípios da gestão de caso intensificou a ligação à unidade de saúde (no que se refere à utilização de “serviços diretos”), melhorou o acesso aos recursos comunitários e aumentou o número de referências para especialidades (noutros níveis de cuidados), com consequências positivas na diminuição dos consumos de heroína¹²⁶, em particular.

Considerando ainda que a coexistência de problemas como o alcoolismo, doenças psiquiátricas, doenças físicas, dificuldades financeiras, falta de casa e de transporte interferem frequentemente com o tratamento expressamente dirigido ao abuso e dependência de substâncias psicoativas, verificou-se também que a gestão de caso com pessoas consumidoras de drogas intravenosas contribuiu efetivamente para a redução ou eliminação desses problemas, ao permitir dirigir os cuidados igualmente para essas outras necessidades de saúde e sociais¹²⁷.

¹²³ King, T. Jr.; Wheeler, M.; Fernandez, A.; Schillinger, D.; Bindman, A. et al (2006). *Medical management of vulnerable and underserved patients: principles, practice, and populations*. New York: McGraw-Hill Professional.

¹²⁴ McLellan, A., Hagan, T., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 55(1/2), 91-103.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Dennis, M.; Karuntzos, G.; Rachal, V. (1992). Accessing Additional Community Resources Through Case Management To Meet the Needs of Methadone Clients. In National Institute on Drug Abuse (1992), *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Rockville: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Research Monograph Series, 54-77.

¹²⁷ Bokos, P.; Mejta, C.; Mickenberg, J.; Monks, R. (1992) Case Management: An Alternative Approach to Working With Intravenous Drug Users. In National Institute on Drug Abuse (1992), op. cit., 92-111.

A gestão de caso com pessoas com problemas de adição tem com efeito demonstrado melhorar a adesão ao tratamento^{128,129}, prevenir as recaídas¹³⁰, reduzir significativamente o consumo de álcool e drogas¹³¹ e promover a sua ligação (*linkage*) a outros níveis de cuidados, nomeadamente aos cuidados de saúde primários¹³².

Sendo que, genericamente, a gestão de caso se estrutura a partir de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar que organiza um modelo colaborativo no qual todos os membros participam, articulando e transcendendo as zonas de especialização individuais¹³³, vários são os autores que defendem que os enfermeiros se situam entre os profissionais de saúde que dispõem de uma formação mais orientada para o desempenho do papel de gestor de caso, em particular com pessoas com problemas de saúde de evolução prolongada^{134, 135, 136}, uma vez que possuem conhecimentos clínicos, se orientam para um cuidar holístico, defendem os direitos dos clientes e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde.

¹²⁸ Rapp, R.; Otto, A.; Lane, D.; Redko, C.; McGatha, S.; Carlson, R. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*. Ireland: Elsevier Science Ltd., 172–182.

¹²⁹ Mejta, C., Bokos, P., Mickenberg, J., Maslar, M., & Senay, E. (1997). Improving Substance Abuse Treatment Access and Retention Using a Case Management Approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329-340.

¹³⁰ Morgenstern, J., Blanchard, K., McCrady, B., McVeigh, K., Morgan, T., & Pandina, R. (2006). Effectiveness of Intensive Case Management for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families. *American Journal of Public Health*, 96(11), 2016-2023.

¹³¹ Mejta, C., Bokos, P., Mickenberg, J., Maslar, M., & Senay, op. cit.

¹³² Schlenger, W.; Kroutil; L.; Roland, E. (1992). "Case Management as a Mechanism for Linking Drug Abuse Treatment and Primary Care". In National Institute On Drug Abuse (1992). *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Rockville: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Research Monograph Series, 316-330.

¹³³ Casarin, S.; Villa, T.; Gonzales, R.; Freitas, M.; Caliri, M. et al. (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472-7.

¹³⁴ Cohen, E.; Cesta, T. (2004) *Nursing Case Management: From Essentials to Advanced Practice Applications*. (4th ed.). Elsevier Health Sciences, 34.

¹³⁵ Lubkin, I.; Larsen, P. (2005). *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 458.

¹³⁶ Stanhope, M.; Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing*. 6th Edition. Mosby. Elsevier Health Sciences, 449.

Reconhece-se, ademais, que a gestão de caso tem, enquanto processo, componentes que complementam o processo de enfermagem¹³⁷ (como indicadas no quadro que se segue):

Quadro 2 - Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Gestão de Caso

Processo de Enfermagem		Processo de Gestão de Caso	
Etapas	Atividades	Etapas	Atividades
Identificação	Colhe e analisa dados	Rastreio e admissão do caso; determinação da elegibilidade; avaliação	Desenvolve redes com a população alvo, divulga material escrito, procura referências, aplica instrumentos de rastreio de acordo com as finalidades e os objetivos do programa, aplica métodos de avaliação global (física, social, emocional, cognitiva, económica e da capacidade do autocuidado), faz conferências interdisciplinares, com a família e o cliente
Diagnóstico	Determina necessidades em cuidados de enfermagem	Identificação dos problemas	Determina conclusões com base na identificação, usa equipas interdisciplinares
Planeamento	Estabelece prioridades de cuidados; Formula objetivos dos cuidados	Priorização dos problemas; planeamento de acordo com as necessidades de cuidados	Valida e prioriza os problemas com todos os participantes, desenvolve atividades, cronogramas e opções, consegue o consentimento dos clientes para a implementação, ajuda o cliente a escolher as opções
Implementação (e avaliação intermédia)	Valida o plano de cuidados; Desenvolve os cuidados; Documenta os cuidados e os efeitos dos cuidados; Reavalia as necessidades em cuidados de enfermagem	Defesa dos interesses do cliente; combinação da prestação de serviços; monitorização dos clientes durante o processo de cuidados	Contacta os prestadores, negocia serviços, coordena a prestação dos serviços, monitoriza as mudanças no estado do cliente e dos serviços
Avaliação final	Avalia e compara as necessidades em cuidados de enfermagem	Reavaliação	Examina os resultados em comparação com os objetivos, examina as necessidades em comparação com os serviços prestados, examina a satisfação do cliente e prestadores

Adaptado a partir de: Atkinson & Murray (1989) e de Stanhope & Lancaster (2004)

¹³⁷ Stanhope, M.; Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing*. 6th Edition. Mosby. Elsevier Health Sciences, 449.

Neste sentido, verifica-se que a gestão de caso realizada por enfermeiros encontra a sua maior valorização na possibilidade de desenvolver com os clientes relações de confiança mútua e uma profunda compreensão e validação das suas necessidades individuais e recursos favoráveis ao autocuidado^{138,139}, num cenário de negociação dos cuidados e da sua sequência no processo assistencial que promove a independência do cliente e a possibilidade de fazer escolhas informadas no seu percurso de recuperação¹⁴⁰.

Na situação particular de pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, os enfermeiros, alicerçados numa formação que lhes permite uma abordagem eminentemente holística dos problemas de saúde, assumem, enquanto gestores de caso, um papel de *pivot* ao longo do processo de cuidados, com funções que envolvem a prestação de cuidados diretos, a priorização e coordenação dos cuidados desenvolvidos por outros técnicos e instituições de saúde e sociais^{141,142} e ainda a comunicação e articulação com outros organismos da área da formação e inserção profissional e da justiça¹⁴³.

No âmbito da gestão de caso realizada por enfermeiros na assistência aos problemas de saúde e sociais apresentados pelas pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, verifica-se que a prestação de cuidados diretos, a coordenação de cuidados, o acompanhamento

¹³⁸ Blancett, S.; Flarey Dominick (1996). *Case studies in nursing case management: health care delivery in a world of managed care*. Jones & Bartlett Publishers, 338.

¹³⁹ Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspetives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 62-70.

¹⁴⁰ Weydt, A. (2001). Nursing Case Management: Quality and Cost. *Creative Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 10.

¹⁴¹ Boyd, M. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, 33.

¹⁴² Naegle, M. (1993). *Substance abuse education in nursing*. National League for Nursing. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 192.

¹⁴³ Wagner, E.; Waldron, H. (2001). *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Elsevier, 325.

continuado no tempo e o investimento realista no desenvolvimento do poder pessoal dos clientes melhoram o seu autocontrolo¹⁴⁴, contribuem para a prevenção de recaídas¹⁴⁵ (fenómeno frequentemente recorrente na adição^{146,147}), melhoram o recurso assertivo aos diversos sistemas de suporte (família, outras instituições de saúde e sociais)¹⁴⁸ e fomentam a aceitação da responsabilidade pela sua própria saúde¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Bokos, P.; Mejta, C.; Mickenberg, J.; Monks, R. (1992) Case Management: An Alternative Approach to Working With Intravenous Drug Users. In National Institute on Drug Abuse (1992). *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Rockville: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Research Monograph Series, 92-111.

¹⁴⁵ Boyd, M. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 39.

¹⁴⁶ Vieira, C. (2001). Repetição, Compulsão à Repetição e Recaídas. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, 23-28.

¹⁴⁷ Dias, A. (2006). *Alcoolismo: Compreensão Psicodinâmica. Etanol, um líquido metonímico*. Lisboa: Climepsi. Alcoolismo e Toxicomanias Modernas.

¹⁴⁸ Edwards, G. (Ed.). (2020). *Addiction. Evolution of a specialist field*. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. Blackwell Science Ltd.

¹⁴⁹ Pessoas com problemas de adição acompanhados por enfermeiros gestores de caso aumentaram as suas práticas de autocuidado e relataram melhorias na qualidade de vida. In Weydt, A. (2001). *Nursing Case Management: Quality and Cost. Creative Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 10.

O contexto do estudo

As Equipas de Tratamento (ex Centros de Atendimento a Toxicodependentes - CAT) definem-se no contexto da estrutura do IDT, IP como unidades especializadas de intervenção local às quais compete prestar, em regime ambulatorio, cuidados globais de saúde a pessoas com toxicodependência e/ou alcoolismo, individualmente ou em grupo, segundo as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação, no âmbito da redução de riscos e da minimização de danos, do tratamento e da reinserção social¹⁵⁰. Articuladas com os serviços prestadores de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, existem em todos os distritos do país e são constituídas por equipas que na sua formulação base integram médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais.

Heterogéneas a níveis que vão da estrutura física à dimensão da equipa e desta aos modelos de compreensão e intervenção, as Equipas de Tratamento (ET) tenderam a homogeneizar, ainda assim, desde a criação do Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos (PSAO) - vulgo "programa de metadona", a expectativa de participação dos enfermeiros nos processos de cuidados. Com efeito, verificou-se a partir da criação e implementação do referido programa nos passados anos noventa, um aumento do número de admissões de enfermeiros para os então CAT, especialmente para responder às necessidades de preparação e administração de metadona às pessoas com toxicodependência a opiáceos.

A diversificação das substâncias, dos padrões de consumo e das doenças que a isso se associam, o aumento do número de clientes e a complexificação das suas necessidades de cuidados aliada ao crescente

¹⁵⁰ Portaria n.º 648 (2007, 30 de maio). *Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP*. Diário da República, I Série.

interesse dos enfermeiros pela área da adictologia^{151,152}, contribui para que na atualidade se comece a verificar uma tendência transformadora e contextual, de acordo com a distinta realidade de cada Equipa de Tratamento, que suscita uma participação diferente dos enfermeiros nos cuidados prestados com as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas.

No então Centro de Atendimento de Toxicodependentes do estudo (agora Equipa de Tratamento), a constatação, em finais de 2005, de um elevado número de clientes em lista de espera, da escassez de recursos físicos e humanos, da baixa adesão aos projetos terapêuticos oferecidos e da existência de um importante conjunto de necessidades dos clientes em acompanhamento passíveis de serem satisfeitas através dos cuidados de enfermagem¹⁵³, motivou a avaliação interna do modelo assistencial em vigor.

A partir da objetivação das insuficiências da organização assistencial em uso (considerando o desajustamento progressivo das respostas institucionais às necessidades dos clientes), surgiu a necessidade da escolha e implementação de uma organização dos cuidados mais flexível, mais integradora e efetiva nas respostas oferecidas pelos profissionais do Centro às diversas necessidades de cuidados dos clientes, promotora da melhoria dos processos de ajuda da equipa no seu conjunto, e de cada técnico em particular. Em ligação às orientações da tutela foram, por conseguinte, escolhidos e gradualmente adotados os princípios da organização de cuidados de acordo com a gestão de caso.

¹⁵¹ Egenes, K. (1995). Addiction Treatment: A Historical Nursing Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 7: 1, 2-7.

¹⁵² Solari-Twadell, A. (1989). Addictions Nursing: An Emerging and Vital Field. *Journal of Addictions Nursing*, 1: 1, 4-5.

¹⁵³ Sequeira, A. (2006). *As Necessidades dos Toxicodependentes em Programa de Tratamento com Metadona, em Baixo Limiar de Exigência*. Monografia de Licenciatura. Setúbal: Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.

Neste “novo” modelo, pioneiro no IDT, IP no que se refere à participação formal dos enfermeiros enquanto gestores de caso, a equipa de enfermagem da ET passou desde o início de 2006, com o apoio inicial do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal¹⁵⁴, a prestar cuidados de acordo com a metodologia da gestão de caso, gerindo autonomamente os cuidados de saúde que desenvolvem com as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, no contexto da articulação da sua esfera de intervenção individual (disciplinar/profissional) com a recomendação e acompanhamento de intervenções características de outras disciplinas/profissões da Equipa, bem como de outras instituições de saúde e sociais.

Relativamente às pessoas que passaram a ser cuidadas pelos enfermeiros como gestores de caso verificou-se desde então¹⁵⁵: uma maior adesão aos projetos de cuidados (com aumento da comparência nas atividades da ET); ganhos em saúde traduzíveis no aumento da cobertura vacinal; melhorias em atividades de vida tais como manutenção de um ambiente seguro, higiene pessoal e vestuário, expressão da sexualidade, comer e beber, sono, trabalho e lazer, assim como num aumento da referenciação para seguimentos em especialidades médicas, no caso de doença física concomitante (infeciologia, pneumologia, ginecologia, estomatologia).

Mas se esta mudança que ocorreu na Equipa de Tratamento do estudo foi, apesar de dirigida às necessidades identificadas nos clientes, planeada, executada e avaliada pelos técnicos de saúde no seu conjunto e pelos enfermeiros em particular, nada se conhece contudo sobre como passou a ser experienciada por aqueles a quem se dirigiu – os clientes da ET.

¹⁵⁴ Lopes, J.; Sequeira, A. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº1, 67-76.

¹⁵⁵ Sequeira, A. et. al. (2007, 2008, 2009, 2010). *Relatórios de Avaliação Interna do Projeto do Enfermeiro Gestor de Caso na Equipa de Tratamento do Barreiro*. Barreiro: Equipa de Tratamento do Barreiro. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Documentos não publicados.

Formulação da questão de investigação

À semelhança do que é possível constatar em vários estudos sobre a opção das equipas de enfermagem pela gestão de caso na área da adição¹⁵⁶, também nesta Equipa de Tratamento se verifica que as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, principais interessados e beneficiários da gestão de caso, sobre isso permaneceram silenciosas (e, neste sentido, de algum modo silenciadas), não ouvidas quanto ao que passou a significar para si esta experiência de cuidados prestados por enfermeiros como gestores de caso. Ora, ao recuperarmos a orientação teórica deste estudo, se pensarmos que:

- focada nos indivíduos como totalidades, a enfermagem, como ciência humana do campo da saúde, se ocupa das experiências humanas em matéria de saúde e doença e procura, através de diálogos significativos com as pessoas, a compreensão das suas experiências em saúde tal como por si vividas¹⁵⁷, perspetivando o particular em relação ao todo de cada uma,
- é a partir e pelas experiências vividas que as pessoas transformam as suas perspetivas e agem as mudanças, reorganizando padrões no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida¹⁵⁸,

¹⁵⁶ Têm sido estudados vários aspetos sobre a gestão de caso realizada por enfermeiros na área da adição, incluindo a satisfação dos clientes (Beebe, 2002; Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000; Chan, Mackenzie, Tin-Fu, & Leung, 2000; Dechairo, 2000; Tempier, Pawliuk, Perreault, & Steiner, 2002), a satisfação dos profissionais (Abbott, Young, Haxton, & Van Dyke, 1994; Nehls, 2000; Ng, Chan, & MacKenzie, 2000), a qualidade dos cuidados (Lynn & Kelley, 1997; Michaels, 1992) e a relação custo/benefício (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Forchuk & Voorberg, 1991; Fraser & Strang, 2004; Taylor, 1999), In Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 62-70, mas verifica-se uma escassez de estudos que deem voz à experiência vivida dos clientes.

¹⁵⁷ Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 456.

¹⁵⁸ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks, 31, 63, 69 et. seq..

- a atenção dos enfermeiros às experiências vividas das pessoas conectadas com o universo da saúde ilumina um conhecimento imprescindível à transação dialógica de significados e à coconstrução das decisões sobre os cuidados de enfermagem¹⁵⁹,
- uma vez que a ação cuidativa se baseia em significados e que a sua comunhão entre os enfermeiros e os seus clientes proporciona a base fundamental para as relações de ajuda que se estabelecem entre ambos, compreender os temas que atravessam as experiências vividas das pessoas em matéria de saúde proporciona orientações úteis para os enfermeiros no que se refere à abertura à compreensão das perspectivas individuais, à orientação temática para a identificação de problemas e a uma disponibilidade aumentada para a compreensão de assuntos que podem ser colocadas pelos clientes, na relação, de forma pouco explícita¹⁶⁰, e
- que os enfermeiros adquirem, por isso, a condição de poder ajudar perante a compreensão atenta das perspectivas das pessoas suas clientes e das suas necessidades¹⁶¹, na experiência humana de saúde¹⁶²...

...verificamos, na perspectiva unitário-transformativa da enfermagem, para a qual os seres humanos são considerados como vivenciados e os enfermeiros como coparticipantes nos seus mundos de experiência de saúde-doença¹⁶³, que esta lacuna do conhecimento sobre a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso assume um relevo especial tanto a nível

¹⁵⁹ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks, 31, 63, 69 et. seq..

¹⁶⁰ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 4.

¹⁶¹ Idem.

¹⁶² Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991). "The Focus of the Discipline of Nursing". *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers. 14 (1), 1-6. In Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott, 20-24.

¹⁶³ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 30,32.

disciplinar quanto profissional, uma vez que mantém oculto o significado dos vividos dos cuidados de enfermagem para o outro, a pessoa que deles beneficiou.

Por outro lado, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, ao considerarmos ainda que:

- assumida como um estado de intoxicação do “Eu” provocado pelo uso repetido e voluntário de substâncias no contexto de uma necessidade compulsiva (física e psicológica) para continuar a utilizá-las, a adição afeta mais que o corpo, mais que a razão, mais que a moral: a partir de um desejo irresistível de reexperienciar os seus efeitos e da necessidade consequente de a procurar consumir a todo o custo, a relação com a substância tende a totalizar a cosmovisão da pessoa com problemas de adição, com perda geral de interesse em outros envolvimento e relações, prejudicando a sua saúde e limitando o seu projeto de vida e a sua participação social ativa¹⁶⁴,
- a experiência da adição não consiste em sofrer os efeitos de um produto psicoativo, mas antes no agir intencional da pessoa sobre a relação que a liga ao mundo pelo desvio das suas próprias percepções, recriando um universo sem marcos comuns entre si e os outros¹⁶⁵,
- a experiência singular da adição é perceptível através da escuta do outro, das suas emoções, das suas palavras, dos seus atos, mas também

¹⁶⁴ Leshner, A. et al. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science. Vol. 278, 45 – 47. Recuperado em 20 de junho de 2007, de <http://www.sciencemag.org/cgi/reprint/278/5335/45.pdf>.

¹⁶⁵ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores, 78.

através do que ele suscita em nós, do que ele produz como interrogação e como sentido¹⁶⁶,

- o desenvolvimento da autonomia (a autonomia possível, para cada pessoa) se concebe como o principal horizonte dos cuidados de enfermagem^{167,168}, e
- que os cuidados de enfermagem com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas têm como objetivo o desenvolvimento de transições no sentido da autonomia, assentes na compreensão profunda das suas experiências de dependência às substâncias, das recaídas e do processo de recuperação¹⁶⁹...

...constatamos que em particular na prestação de cuidados com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas se torna fundamental, em todas as ações dos enfermeiros, tomar como referência e fim último a promoção da sua autonomia.

Pelo que se pensarmos que os enfermeiros não podem, por via de regra, ter a pretensão de falar em vez das pessoas em geral, mais intensamente o pensaremos em ligação às pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas em particular¹⁷⁰, população frequentemente silenciosa em matéria de participação social e também na participação construtiva nas instituições de saúde que utiliza.

Deste modo, considerando que o conhecimento proporcionado pela experiência vivida dos fenómenos humanos de saúde-doença em matéria de adição a substâncias psicoativas tem o potencial de iluminar e consequentemente melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, torna-se legítima (necessária mesmo) a indagação sobre como os clientes

¹⁶⁶ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores, 82.

¹⁶⁷ Rosa, A.; Gomes, J.; Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Formasau.

¹⁶⁸ Edwards, G. (Ed.). (2020). *Addiction. Evolution of a specialist field*. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. Blackwell Science Ltd.

¹⁶⁹ Rosa, A.; Gomes, J.; Carvalho, M. (2000). op. cit.

¹⁷⁰ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). op. cit.

vivem a experiência de serem acompanhados por enfermeiros que os passaram a cuidar, agora como gestores de caso.

De que fala, no encontro com os princípios enunciados sobre a prestação de cuidados de enfermagem com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, a sua experiência de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso?

São pois estes os desenvolvimentos e as interrogações que estão na origem da questão de investigação que guiou este estudo: "qual é a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas cliente de uma Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência IP?".

Objetivo do estudo

O objetivo desta investigação foi "compreender a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas cliente da Equipa de Tratamento do estudo".

II – ...para a orientação metodológica do estudo e para a heurística do método

“O conhecimento próprio das ciências do espírito tem em si sempre um quê de autoconhecimento. Em nenhum outro lugar é tão fácil e tão próximo o engano do que no autoconhecimento. Só que em nenhum outro lugar é tão significativo para o ser do homem como quando este conhecimento alcança êxito”.

Gadamer¹⁷¹

Neste capítulo é apresentada a metodologia e o método que permitiram o acesso ao fenómeno e a sua apreensão e compreensão posterior pelo investigador. Numa investigação de orientação fenomenológica interpretativa, abordamos o essencial do pensamento de Heidegger e de Gadamer, principais guias da orientação metodológica do estudo. Uma vez que a hermenêutica gadameriana se revela vaga no que se refere ao método ou técnica interpretativa a utilizar na análise, é explicitado o processo heurístico da sua descoberta fundamentada. Partindo da convicção que a investigação fenomenológica se inicia também no mundo vivido do investigador, entretecido ele próprio com a sua tradição profissional e com as suas experiências de vida, neste capítulo aclaramos também o possível sobre os nossos pré-conceitos e motivações que estiveram na origem do estudo e na forma como nos relacionámos com ele durante a sua elaboração. Apresentamos o desenho do estudo e, após a seleção dos participantes, descrevemos o procedimento que proporcionou a colheita de dados, tecemos considerações de natureza ética e deontológica e apresentamos o modo de tratamento e análise fenomenológico-interpretativa dos dados, em particular com um grupo considerado de maiores dimensões.

¹⁷¹ Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes, 53.

Da fenomenologia existencial de Heidegger

*"O único sentido íntimo das coisas,
É elas não terem sentido íntimo nenhum."
Alberto Caeiro*

A fenomenologia compreende-se como uma aproximação filosófica ao estudo dos fenómenos. Enfocando-se sobre o que aparece à consciência, aquilo que é *dado*, a fenomenologia explora a *própria coisa*, "...que se percebe tanto sobre o laço que une o fenómeno com o ser 'de que' é fenómeno, como sobre o laço que o une com o Eu 'para quem' é fenómeno."¹⁷².

Projeto filosófico pensado por diversos autores e com diferentes acentuações, no contexto desta investigação, contudo, remetemos fundamentalmente para os aspetos que lhe são principais no pensamento de Heidegger, no seu contributo para a explicitação teórico-metodológica do estudo.

Com influências na fenomenologia Husserliana mas também em Dilthey¹⁷³, Heidegger (1889-1976) demonstrou uma clara preferência pela filosofia da vida substituindo, numa "descida" ao mundo da existência, a proposta da "consciência transcendental" e da defesa do conhecimento das "essências" de Husserl pela valorização do conhecimento da "vida na sua facticidade"¹⁷⁴.

Tendo como ponto de partida o problema do sentido de Ser (seus modos e maneiras de enunciação e expressão) e da existência humana - o que significa ser uma pessoa e de como o mundo é inteligível para os seres humanos -, ao reafirmar (e reconceptualizar) a complexidade fundamental da

¹⁷² Lyotard; J-F. (2008). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70. 9.

¹⁷³ Heidegger encontrou igualmente influências em Kant, no Conde Yorck e no existencialismo de Kierkegaard.

¹⁷⁴ León, E. (2009). The hermeneutic turn on Martin Heidegger's phenomenology. *Revista Polis*. Revista Académica. Universidade Bolivariana. Nº 22. Acedido em 5 de agosto de 2011 em <http://www.revistapolis.cl/english/22e/leon.htm>. 2.

existência humana, desenvolvida e associada inextrincavelmente aos conceitos *Ser* e *Tempo*¹⁷⁵, Heidegger propôs uma compreensão do Homem enquanto *ser-no-mundo* (*Dasein*¹⁷⁶ no original).

Como um *ser-aí*, um existente designado pelo cunho específico da existência humana, o *ser-no-mundo* é e é-com; situa-se como um *ser-no-mundo-com-os-outros-e-com-as-coisas*, que lhe confere a condição de fenómeno de unidade e constituição fundamental da presença, caracteristicamente temporal e, lançada no mundo, situada no nexo da vida, entre o nascimento e a morte¹⁷⁷.

Aí-lançado (no mundo) e com uma relação nele e com ele fundada a partir dos conceitos de mortalidade, angústia, culpa e consciência (principais motores da inquietude do pensamento do autor), o *Dasein*, sempre em decadência uma vez que *é-para-a-morte*, compreende-se também nas suas possibilidades de *poder-ser*. Projetando-se nelas e, desde aí, procurando desviar-se desse seu decaimento, antecede-se, *pré-ocupa-se* e ocupa-se com o seu *poder-ser* que é, também um *poder-ser-com-os-outros*.

A sua presença torna-se assim ocupação, cura e cuidado consigo e com os outros, propensão consciente e intencional para viver e se deixar viver por um mundo que, no e pelo qual se compreende.

A proposta compreensiva heideggeriana situa-se pois na ordem da desocultação da vida (humanamente vivida e significada) e na procura que o *ser-no-mundo* faz do seu sentido de si, no encontro com os fenómenos mundanos.

Considerando que a fenomenologia não é livre de preconceitos (por via tanto da parcialidade da consciência - que não é separada do mundo e da sua história nele -, quanto da impossibilidade de se despojar dos seus

¹⁷⁵ Indicados aqui como os conceitos centrais do seu pensamento e não como o título da sua obra fundamental (*Sein und Zeit*, 1927).

¹⁷⁶ *Dasein* - Conceito complexo cuja explicitação cabal ultrapassa o âmbito deste trabalho. Vide Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).

¹⁷⁷ *Ibidem*, 246 et seq.

preconceitos) e que está, por isso, impedida de aceder à descrição neutral e transparente da *coisa-real*, Heidegger defendeu que no acesso aos fenómenos a fenomenologia não se inicia na suspensão (enquanto *epoché*) e na intuição (fenomenológica) mas, tomada em consideração a historicidade de todo o ato cognitivo, na compreensão¹⁷⁸.

Sustentando que ser humano é ser interpretante e que cada encontro humano envolve uma interpretação influenciada pela historicidade individual¹⁷⁹, a fenomenologia heideggeriana pretere o estudo das essências husserlianas para, colocando-as no plano da existência, propor a abertura da fenomenologia à hermenêutica – a fenomenologia hermenêutica, para a qual o sentido (da existência e dos existentes) passa a ser a questão central¹⁸⁰.

Para Heidegger, aliás, a interpretação joga um papel fundamental no processo de compreensão. No seu pensamento esta encontra-se ligada a todo um conjunto de pré conceções (nos quais se inclui a própria historicidade de cada Homem) das quais não pode ser separada, sendo por isso importante que no estudo dos fenómenos estas conceções se tornem tão explícitas quanto possível, na atenção consciente sobre a influência que exercem sobre a interpretação. Não se trata já de as colocar em suspensão como em Husserl, mas, de outro modo, de aceitar (desejar até) a sua participação no processo compreensivo de construção do conhecimento.

Adquirido por via de um círculo hermenêutico que se move de partes da experiência para o todo e de volta, este processo interpretativo é, para o autor, o principal movimento de envolvimento compreensivo que o homem tem para com os fenómenos em apreciação¹⁸¹.

¹⁷⁸ León, E. (2009). The hermeneutic turn on Martin Heidegger's phenomenology. *Revista Polis*. Revista Académica. Universidade Bolivariana. Nº 22. Acedido em 5 de agosto de 2011 em <http://www.revistapolis.cl/english/22e/leon.htm>. 2,3.

¹⁷⁹ Lavery, S. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3). Article 3. 9.

¹⁸⁰ León, E. (2009) op. cit., 3,4.

¹⁸¹ Lavery, S. (2003) op. cit.

Para o autor o *ser-no-mundo* interroga-se. Mas, detentor exclusivo da capacidade de enunciar, ao interrogar-se e investigar sobre si (sobre o seu *ser*), fá-lo não a partir do exterior, mas de dentro para fora, uma vez que a inquirição com vista à compreensão de si parte de si, e é por si mesmo conduzida. Neste sentido, a fenomenologia heideggeriana, assente na capacidade do *ser-no-mundo* de permitir a desocultação dos fenómenos em si e no seu encontro com sigo, “transporta” a hermenêutica da epistemologia para o nível da ontologia, valorizando a compreensão como disposição basilar do humano, como abertura à interpretação do *Ser* sobre o(s) seu(s) modo(s) de ser¹⁸².

A partir desta conceção da compreensão como a forma fundamental da existência humana, a descritividade fenomenológica oferece, por isso, por via da fenomenologia hermenêutica [que contraria uma tradição de investigação que se prendeu a uma compreensão ôntica (do *ente* – o que *É*) e à qual sempre escapou a compreensão ontológica (do *Ser* – o que tem modos: há *modos de ser*)]¹⁸³, uma disponibilidade fundante à subjetividade do *ser-no-mundo*¹⁸⁴, uma vez que “...no compreender subsiste (...) a possibilidade essencial da presença no que diz respeito aos modos caracterizados de ocupação com o “mundo”, de preocupação com os outros e, nisto tudo, à possibilidade de ser para si mesma, em virtude de si mesma”¹⁸⁵.

Assumindo a participação da subjetividade para a compreensão dos fenómenos a fenomenologia hermenêutica heideggeriana oferece a possibilidade de, a partir da compreensão que o *ser-no-mundo* desenvolve sobre o sentido de si, ampliar, complexificar circularmente por via da interpretação (enquanto elaboração das possibilidades projetadas no

¹⁸² Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927), 202 et. seq.

¹⁸³ Mulhall, S. (2005). *Heidegger and “Being and Time”*. (2.ª Ed.). London: Routledge.

¹⁸⁴ Idem.

¹⁸⁵ Heidegger, M. (2006), op. cit., 203.

compreender¹⁸⁶), exatamente esse mesmo sentido, no que se refere aos modos da sua existência no mundo e com os outros.

Para Heidegger é pela fala que o homem articula significativamente esta sua compreensibilidade:

*"O homem mostra-se como um ente que é na fala."*¹⁸⁷.

A fala pertence pois à constituição essencial do ser da presença e é ela que possibilita a sua abertura na pronúncia do mundo e das coisas - na linguagem. Dada pela linguagem e partilhada pela escuta compreensiva, a comunicação da compreensão do mundo¹⁸⁸ e do *ser-no-mundo* está na origem do *ser-com*, na abertura existencial da presença enquanto *ser-com-os-outros*.

Nesta dinâmica recíproca, a comunicação, que pretende "...fazer o ouvinte participar do ser que se abriu para o sobre que se fala."¹⁸⁹, passa a situar-se assim tanto no âmbito do já estabelecido como no das possibilidades e horizontes disponíveis para novas interpretações.

Deste modo, direcionada para a compreensão como totalidade e para a linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas, a fenomenologia hermenêutica heideggeriana renuncia à interpretação normativa como busca do significado verdadeiro, para a defender, a partir de uma estrutura prévia (posição, visão, conceção) que se conecta com o próprio intérprete, como uma possibilidade, uma criação circular ampliadora de sentidos e horizontes que ocorre no âmbito da linguagem, veículo fundamental da comunicação da experiência.

¹⁸⁶ Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).209.

¹⁸⁷ Ibidem, 228.

¹⁸⁸ Heidegger trata o *Mundo* nas suas dimensões de *Quotidianidade* (modo mediano e banal de indiferença quotidiana da presença. O ser quotidiano vive no mundo de utensílios, que têm caráter pragmático e que se relacionam essencialmente com o *Dasein* que deles se serve) e de *Mundanidade* (conceito existencial-ontológico que significa a estrutura de um momento constitutivo de *ser-no-mundo*). Ibidem, 110 et. seq., 121.

¹⁸⁹ Ibidem, 232.

Da hermenêutica de Gadamer

"Tudo que é humano deve poder ser dito entre nós."
Gadamer¹⁹⁰

Considerada como uma experiência de mundo¹⁹¹, para Gadamer *"...a linguagem não é somente um dos dotes, de que se encontra apetrechado o homem, tal como está no mundo, mas nela se baseia o facto de que os homens (...) têm mundo."*¹⁹².

Assente num mundo que é constituído linguisticamente e que nela se representa - *"não existe um mundo à margem da linguagem"*¹⁹³ - a linguagem introduz o indivíduo numa determinada relação com o mundo e num determinado comportamento em relação a ele. Centro do ser humano, a linguagem situa-se neste sentido num âmbito que só ela consegue preencher: o da convivência humana, o do entendimento mútuo, o do consenso crescente em que se tornam manifestas as aceções do mundo.

No seu pensamento, tornada requisito básico da compreensão, a linguagem encontra-se-lhe intimamente ligada uma vez que esta é o meio universal em que aquela ocorre. Não há pensamento sem linguagem e não há compreensão sem formação continuada (histórica) de conceitos¹⁹⁴.

Reabilitando a historicidade da compreensão (na continuidade da interpretação temporal do *Dasein* de Heidegger que atribui ao Tempo a base a partir da qual o presente encontra as suas raízes), para Gadamer toda a compreensão é necessariamente "preconceituosa", na medida em que no ato de compreender algo, passado e presente constantemente se fundem¹⁹⁵.

¹⁹⁰ Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes, 182.

¹⁹¹ Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. (3.^a Edição). Petrópolis: Vozes, 636 et seq.

¹⁹² Ibidem, 643.

¹⁹³ Bleicher, J. (2002). *Hermenêutica Contemporânea*. (Morujão, C. Trad.). Lisboa: Edições 70. 163.

¹⁹⁴ Mantzavinos, C. (2005). *Naturalistic Hermeneutics*. Cambridge: Cambridge University Press. 59, 60.

¹⁹⁵ Bleicher, J. (2002) op. cit., 154, 156.

Na hermenêutica gadameriana¹⁹⁶, consequência da historicidade humana, cada intérprete encontra-se com o fenómeno a interpretar ancorado num conjunto de pré-juízos e opiniões pré-concebidas que lhe são intrinsecamente constitutivas. A recetividade ao significado do texto - ao novo que (lhe) comunica - não lhe pressupõe assim uma objetividade neutra, mas antes uma certa maneira de lidar com os seus próprios *a priori*. Como escreveu Gadamer, "*compreender significa primeiramente entender-se na coisa*"¹⁹⁷.

Em ordem a manter-se aberto à posição do texto, carece pois o intérprete de clarificar e tomar em consideração os seus próprios preconceitos, orientadores do juízo sobre as suas diferenças e similaridades relativamente ao texto que se lhe vai descobrindo.

É esta consciencialização, que não renuncia a aceitação ou a rejeição da mensagem do texto, que cria as condições de abertura a nova informação, a novo conhecimento, independentemente das suas consequências para as posições iniciais do intérprete¹⁹⁸. Uma vez que o texto representa em todas as épocas mais que a intenção do seu autor, sendo também lido em circunstâncias diferentes, o intérprete situa-se num horizonte de compreensão histórico-pessoal que se abre às possibilidades de significação contemporânea do texto, à novidade.

Neste sentido, partindo das tradições de ambos, intérprete e texto, a compreensão ocorre pela fusão dos horizontes de ambos, criando um novo horizonte compreensivo que transcende quer a tradição deste, quer os

¹⁹⁶ De entre as diversas correntes teóricas e metodológicas da hermenêutica (hermenêutica clássica, de Dilthey, de Betti, de Heidegger, de Bultmann, de Apel, de Habermas, de Lorenzer, e de Ricoeur, entre outras), a ontologia hermenêutica de Gadamer "*completa a teoria ontológico-existencial da compreensão e, simultaneamente, constitui a base da sua superação, através da tónica na linguisticidade da compreensão*". In Bleicher, J. (2002). *Hermenêutica Contemporânea*. (Morujão, C. Trad.). Lisboa: Edições 70. 153.

¹⁹⁷ Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes. 78.

¹⁹⁸ Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. (3.^a Edição). Petrópolis: Vozes.

preconceitos iniciais daquele¹⁹⁹. Subjetivado, o texto faz parte do eu e ambos se desenvolvem no decurso do conhecimento. A compreensão surge assim em Gadamer como um processo dialógico²⁰⁰, uma interação circular entre a expectativa do intérprete e o significado do texto.

Deste círculo da compreensão, “...segundo o qual devemos compreender o todo a partir do singular e o singular a partir do todo...”²⁰¹ o pensamento gadameriano ressalva, contudo, a sua não circularidade viciosa, para o referir como um movimento espiralado (uma espiral hermenêutica), uma oportunidade positiva para ganhar conhecimento através da transformação tanto do sentido da história do intérprete, quanto do sentido do texto, quanto, ainda, do que se situa como significação entre ambos²⁰².

No círculo hermenêutico, no contexto de um “jogo”, de uma tensão entre o todo e os seus elementos e a própria interpretação, esta ocorre por meio de um processo pelo qual um *pré-rascunho* é continuamente revisitado (testado, mesmo) à medida que o intérprete ganha um maior alcance do significado do texto. Em cada nova volta do círculo, reforçado na sua compreensão, aquele mais profundamente articula cada parte com o todo e o todo com cada parte, selecionando significados que se relacionam com o que está em questão; com o que o norteia como pergunta ao texto.

Uma vez que a tradição não é estática e que a compreensão pode por isso ser constantemente revista, a hermenêutica, propondo que a procura do conhecimento é uma procura orientada, não demanda, contudo, um conhecimento completo. O conhecimento que proporciona não pretende por isso ser fixado na tradição, mas antes transformado e atualizado por intérpretes futuros.

¹⁹⁹ Bleicher, J. (2002). *Hermenêutica Contemporânea*. (Morujão, C. Trad.). Lisboa: Edições 70. 157-159.

²⁰⁰ Ibidem, 161.

²⁰¹ Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes. 72.

²⁰² Ibidem, 79.

Gadamer oferece-nos uma descrição filosófica sobre como compreendemos, não um método prescritivo em sentido estrito. O círculo hermenêutico, como uma modelização de como o processo compreensivo pode ocorrer na realidade, deve assim poder ser olhado numa perspectiva heurística²⁰³ - de descoberta livre da diferença entre o significativo e o insignificante, entre a coerência e a contradição que é capaz de se manifestar no(s) sentido(s) dos textos em estudo.

²⁰³ Debesay, J.; Nåden, D.; Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 15(1). 59.

Da experiência do investigador

"From a phenomenological point of view, to do research is always to question the way we experience the world, to want to know the world in which we live as human beings".

*Van Manen*²⁰⁴

Van Manen considera que a primeira das características da investigação fenomenológica é que se inicia sempre no mundo vivido²⁰⁵.

Uma vez que o conhecimento de um fenómeno não é algo a que o investigador aceda objetivamente, pelo contrário, ele se entretete com as suas experiências de vida²⁰⁶, parte desse mundo, onde situado *é-com-os-outros-e-com-as-coisas*, o investigador compreende-se como envolvido num processo em que a investigação é o produto de uma pessoa particular, ancorada numa cosmovisão pessoal, profissional e disciplinar, também ela singular.

Em especial na investigação fenomenológica interpretativa, que explicita e toma em consideração os pré-conceitos do investigador que se jogam no encontro significado com a pesquisa²⁰⁷, o investigador na sua subjetividade surge assim nas qualidades fundantes não só de conceptor, mas também de instrumento da investigação²⁰⁸.

Neste sentido, assumindo a existência do inconsciente humano e não sendo por isso possível aclarar exaustivamente todas as nossas pressuposições, pré-conceitos e motivações que estiveram na origem do

²⁰⁴ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press. 5.

²⁰⁵ Ibidem, 7.

²⁰⁶ Ibidem, 54.

²⁰⁷ Lavery, S. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3). Article 3. Recuperado em 2 agosto 2011 de http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/pdf/lavery.pdf.

²⁰⁸ Boyd, C. Philosophical foundations of qualitative Research. In Munhall, P. (Ed.) (2001). *Nursing research: A qualitative perspective*. (3rd ed.). New York: National League for Nursing, 65-90.

estudo e na sua elaboração, alguns deles são, ainda assim, acessíveis e incontornáveis. Assim:

Da experiência pessoal - Envolvidos, desde há nove anos, numa experiência de psicanálise pessoal no contexto da qual as nossas próprias dependências (infantis e adultas) são frequentemente abordadas e transformadas, sentimo-nos particularmente disponíveis para a compreensão e valorização dos processos de vinculação mas também de separação-individação. Apesar de nunca termos trabalhado como enfermeiro na área da adição, sentimos que de algum modo a nossa experiência analítica pessoal cria um horizonte de oportunidade empática para com as necessidades das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas participantes no estudo, também elas “ocupadas”, disso dão conta as suas diversas narrativas, com os respetivos processos relacionais e maturacionais que se inscrevem em dialéticas de dependência e autonomia.

Da experiência profissional - Tendo começado por trabalhar como enfermeiro num Centro de Saúde Mental beneficiámos, nos dois primeiros anos do nosso exercício profissional, do contacto com um modo de pensar os cuidados que, perante as necessidades crónicas e complexas das pessoas com doença mental, convocava e articulava como recurso assistencial as diferenças existentes entre os seus vários técnicos de saúde. Apesar de não sob a égide da “gestão de caso”, aprendemos sobre (e passámos a valorizar) as mais-valias que encerra o reconhecimento das diferenças pessoais, profissionais e disciplinares, aquando priorizadas e conciliadas em favor das melhores respostas possíveis às necessidades dos clientes.

Enquanto professor em cursos de enfermagem de primeiro e segundo ciclos, encontrámos na ideia da realização do estudo um interesse particular a propósito da utilização da evidência do que viessem a ser os seus resultados, enquanto suporte dos processos formativos de licenciados em

enfermagem e enfermeiros que venham a exercer ou exerçam já na área da adição.

Como investigador, torna-se importante referir que apesar de não termos experiência de trabalhar na área da adição, nos encontramos comprometidos com a experiência “piloto” que se iniciou na Equipa de Tratamento do estudo²⁰⁹. Com efeito, fizemos parte da equipa que pensou e acompanhou a mudança de *praxis* dos enfermeiros no sentido da gestão de caso com as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas. Ou seja que somos, suportados na teoria, na evidência existente e nessa nossa experiência de acompanhamento, favoráveis à mudança operada na Equipa de Tratamento. Ainda assim, apesar de intensos contactos com a equipa de enfermagem, em particular nos meses iniciais do projeto, nunca tivemos, antes das entrevistas realizadas para esta investigação, quaisquer contactos com os seus clientes, coinvestigadores deste estudo.

Da identidade disciplinar - No que se refere à orientação escolhida para o estudo, de referir que é congruente com a nossa forma de compreender a enfermagem enquanto ciência humana. Investigador mas também enfermeiro especialista em saúde mental, perfilhamos a ideia de que as condições de saúde mental se manifestam objetivamente pela comunicação e pelo comportamento, mas são subjetivamente experienciadas pela consciência. Pelo que, na senda do pensamento de Parse (1981, 1998), Watson (1985, 1988) e Newman (1991, 1994), valorizamos, no encontro de cuidados com o outro, a demanda dos seus mundos de experiência no que se refere aos vividos dos fenómenos de saúde-doença.

²⁰⁹ Lopes, J.; Sequeira, A. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº1, 67-76.

Desenho do estudo

Uma vez que em ligação à pergunta de partida o principal objetivo desta investigação foi “compreender a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias cliente da Equipa de Tratamento do estudo”, optou-se por um estudo qualitativo, de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na metodologia hermenêutica de Gadamer (ambas já apresentadas anteriormente).

Quanto ao método, ele foi encontrado na articulação das propostas metódico-processuais sobretudo de Van Mannen²¹⁰, Cohen, Kahn e Steeves²¹¹, e de Smith, Flowers e Larkin²¹².

A razão do recurso a uma abordagem fenomenológica interpretativa prendeu-se, pois, com a necessidade de “ganhar” compreensão sobre as experiências vividas dos participantes desde os seus pontos de vista, permitindo ao investigador atingir o objetivo do estudo e responder, situadamente, à pergunta de investigação.

Para Van Manen, uma vez reduzida à sua estrutura metódica mais elementar, a investigação fenomenológico-hermenêutica pode ser vista como uma interação dinâmica entre um conjunto de tipologias de atividades:

- . a focagem da atenção do investigador no fenómeno a estudar,
- . a orientação para a investigação da experiência tal como vivida, em vez de tal como conceptualizada,
- . a reflexão sobre os temas essenciais que caracterizam o fenómeno,

²¹⁰ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.

²¹¹ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

²¹² Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage.

- . a descrição do fenómeno através do exercício da escrita e da reescrita,
- . a manutenção de uma forte orientação disciplinar na relação com o fenómeno e
- . o equilíbrio do contexto da investigação, consideradas as partes e o todo²¹³.

Para este autor, contudo, o pensamento hermenêutico de Gadamer demonstra uma ausência de preocupação com a proposta explícita de um método ou técnica interpretativa a utilizar no encontro com o texto em análise, na medida em que isso contrariaria o espírito académico das ciências humanas²¹⁴.

*"o método da fenomenologia hermenêutica é que não tem método"*²¹⁵

Apesar de discorrer extensamente sobre o círculo hermenêutico, Gadamer apresenta-o mais como uma metáfora de como o processo compreensivo se pode constituir, sendo por isso necessário ao investigador iluminado pela sua metodologia, ao mesmo tempo que mantém uma mente aberta, flexibilidade, paciência, empatia e o desejo de entrar em contacto com o mundo dos participantes²¹⁶, encetar o próprio percurso de descoberta livre, coerente e fundamentada do "como fazer"²¹⁷.

²¹³ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 30.

²¹⁴ Ibidem, 3.

²¹⁵ Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. (3.^a Edição). Petrópolis: Vozes.

²¹⁶ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 55.

²¹⁷ Debesay, J.; Nåden, D.; Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 15(1). 59.

Seleção dos participantes

Nesta investigação, uma vez concedida a respetiva autorização pelo IDT, IP. (*vide anexos*), foi estudada a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, de um grupo de pessoas com problemas de adição a substâncias psicoactivas clientes da Equipa de Tratamento do estudo.

Sendo que se procuraram encontros significativos com pessoas intimamente conectadas com o fenómeno em estudo a sua escolha foi intencional, decorrendo das propostas de possíveis participantes discutidas pela equipa de enfermagem a partir do conhecimento profundo que tinha sobre os clientes da Equipa de Tratamento, uma vez apresentado pelo investigador os critérios de elegibilidade para a participação como coinvestigadores no estudo: pessoas com problemas de adição a substâncias psicoactivas cuidadas por um enfermeiro gestor de caso há pelo menos um ano, que soubessem ler e escrever e que acordassem, voluntariamente, participar no estudo.

Apesar de ser referida na bibliografia²¹⁸ como uma limitação por se poder referir apenas aos pré-juízos da equipa de enfermagem sobre as “melhores” pessoas para serem convidadas a participar num estudo que de algum modo lhes dizia também respeito, o facto de apenas a equipa de enfermagem ter condições para fazer esse juízo sobre a inclusão dos eventuais coinvestigadores determinou, ainda assim, a opção pela sua participação na escolha daqueles.

Sobre a dimensão do grupo inicialmente pensado para o estudo, de referir que diferentemente da investigação quantitativa em que os resultados dos estudos conseguidos com amostras têm a expectativa da sua

²¹⁸ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 51.

extrapolação e generalização para as populações em geral, na investigação fenomenológica, pelo contrário, os dados originados a partir dos grupos de informantes privilegiados não são de algum modo representativos ou extrapoláveis para as populações em que estes se inscrevem.

Uma vez que os estudos fenomenológico-hermenêuticos se interessam em como os indivíduos expressam a linguagem da sua tradição e em como a linguagem de uma tradição é expressa através do indivíduo²¹⁹, o seu objetivo visa a qualidade e não a quantidade, pelo que dada a complexidade com que se expressam a maior parte dos fenómenos humanos estes estudos beneficiam de um foco concentrado num número de casos expressivamente inferior, quando comparados com a maioria dos estudos quantitativos²²⁰.

Não havendo uma resposta certa à questão da dimensão do grupo dos participantes, os autores consideram como um critério cientificamente importante para determinar o seu tamanho a intensidade do contacto necessário para coligir informação suficiente sobre o fenómeno em estudo²²¹, dependendo essa decisão também do grau de exigência da pergunta de investigação, do nível da análise e do seu relatório, da riqueza dos casos individuais e dos constrangimentos organizacionais e pessoais a que o investigador está sujeito²²². Sendo frequentes, no âmbito da investigação fenomenológico-hermeneutica estudos com grupos de participantes entre três e seis e apesar de ser importante não julgar números maiores como um indicador de “melhor” trabalho, verifica-se ainda assim que estudos com números mais elevados de pessoas têm poderosas contribuições a dar para a compreensão dos fenómenos em apreciação, na medida em que

²¹⁹ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. Methods in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 45.

²²⁰ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 51.

²²¹ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002) op. cit., 56.

²²² Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010) op. cit., 51.

proporcionam casos suficientes para a identificação de similaridades e diferenças significativas entre os participantes²²³.

Nesse sentido, considerando:

- . a expectativa das limitações cognitivas dos participantes para acederem e narrarem a sua experiência vivida (a investigação^{224, 225, 226} tem demonstrado que quer as drogas, quer o álcool, quer ainda o estilo de vida da população dependente de substâncias psicoativas, introduzem ao longo do tempo limitações cognitivas que afetam a memória, a organização do pensamento e a capacidade de comunicação verbal. Van Manen, ainda assim, defende que mesmo nos casos em que as pessoas são menos capazes de produzir descrições sobre a sua experiência vivida, quando alguém partilha com um investigador uma certa experiência verifica-se que existe sempre algo com que este possa trabalhar²²⁷),
- . o nível académico do presente estudo,
- . os recursos do investigador e
- . a procura para de algum modo contornar a eventual sujeição da escolha dos participantes aos pré-juízos da equipa de enfermagem...

... foram escolhidas, das na altura trinta e três pessoas em acompanhamento pelos enfermeiros como gestores de caso²²⁸, dezasseis, três das quais mulheres.

²²³ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 38, 51, 52.

²²⁴ Munafò, M.; Albery, (Eds.) (2005). *Cognition and addiction*. Oxford: Oxford University Press.

²²⁵ Carpenter, S. (2001). *Cognition is central to drug addiction*. American Psychological Association. Acedido em 10 de agosto de 2011 em <http://www.apa.org/monitor/jun01/cogcentral.aspx>.

²²⁶ Oliveira, M.; Laranjeira, R.; Jaeger, A. (2002). Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3 (2), 205-212.

²²⁷ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 92.

²²⁸ Lopes, J.; Sequeira, A. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº1, 74.

Apesar de esta dimensão representar, na altura da seleção dos participantes, cerca de cinquenta por cento das pessoas com problemas de adição a substâncias em acompanhamento com os enfermeiros como gestores de caso e da proporção entre homens e mulheres no grupo selecionado para o estudo ser também genericamente justapponível ao total da população da Equipa de Tratamento, não se pretendeu, naturalmente, qualquer tipo de representatividade, considerado o total das pessoas em acompanhamento.

Na sequência, a cada uma destas pessoas foi apresentado pelo enfermeiro gestor de caso respetivo, com uma explicação sumária, o convite para, já connosco, conhecer os termos do consentimento informado para a participação no estudo e, desde aí, livremente decidir sobre a sua participação.

Colheita de dados

No que se refere à escolha de uma técnica destinada à colheita dos dados, a investigação fenomenológica requer que seja atendida a necessidade de os participantes terem a oportunidade de expressarem as suas experiências de forma detalhada e na primeira pessoa. As entrevistas e os diários contam-se, por isso, via de regra, entre os melhores meios de acesso a essa intimidade vivencial, facultando aos participantes o momento e o meio para contarem livre e reflectidamente as suas histórias em ligação ao fenómeno em apreciação.^{229,230}

²²⁹ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 56, 57.

²³⁰ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 66-68.

Nesta investigação em concreto, uma vez tomada em conta a já referida expectativa sobre as limitações cognitivas dos participantes para conseguirem aceder e desde aí narrarem a sua experiência vivida, bem como a baixa alfabetização da maioria, optou-se pela realização de entrevistas, técnica dialogante consentânea com a orientação dialógica da metodologia hermenêutica e da enfermagem, mas também, diferentemente da escrita, propiciadora do acesso a manifestações da comunicação não verbal que acompanham a produção das narrativas dos participantes e contribuem para lhes atribuir sentidos.

Levando em consideração a indispensabilidade de os participantes narrarem nas suas próprias palavras a sua experiência vivida do fenómeno em estudo, ou seja, não lhes coartando a espontaneidade da manifestação narrativa de si, as entrevistas, fenomenologicamente inspiradas e necessariamente em profundidade, mais do que orientadas por um guião prévio, foram, com a pergunta de investigação e o objetivo do estudo como fundo, planeadas enquanto diálogos – não estruturadas, por isso.

Com as questões iniciais orientadas para o fenómeno em estudo pretendeu-se assim, à luz das respostas dos participantes, sintonicamente ir-lhes propondo a ampliação qualitativa dessa narrativa, desvelando gradualmente e em conjunto a sua explicitação do que foi/tem vindo a ser a sua própria experiência vivida de serem cuidados por enfermeiros gestores de caso na Equipa de Tratamento.

Como forma de disponibilizar o entrevistador para a relação durante a entrevista e, acompanhando o pensamento de Ricoeur²³¹, reter a memória

²³¹ Ricoeur trata a “fixação” da fala para a escrita como forma de retenção do discurso. *“Porque o discurso só existe numa instância temporal e presente é que ele se pode desvanecer como fala ou fixar-se como escrita”*. (Ricoeur, 1996, 38). Uma vez que o facto humano da fala desaparece, “um texto escrito é uma forma de discurso, discurso sob a forma de inscrição, então as condições de possibilidade do discurso são também as do texto”. In Ricoeur, P. (1996). *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Edições 70, 35 et seq.

das narrativas produzidas, da fala, previu-se a sua gravação em suporte áudio, destinado a ser convertido em verbatins.

Quanto à eventual necessidade de tomar pequenas notas escritas no decurso das entrevistas (dúvidas, intuições, manifestações não verbais que acompanhassem a narrativa), foi igualmente equacionada a utilização pontual de um bloco de notas.

No que se refere ao local, as entrevistas decorreram nas instalações da Equipa de Tratamento, em gabinetes já conhecidos pelas pessoas, em dias coincidentes com a sua deslocação ao serviço.

De salientar ainda, uma vez que a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso se continuaria a construir ao longo do tempo para cada um dos participantes no estudo, a escolha por entrevistar cada uma delas uma única vez.

Com efeito, uma vez que todas as pessoas se encontravam ainda em acompanhamento com os enfermeiros no momento da entrevista, dado o carácter cumulativo e, na medida em que se acrescenta à história de cada indivíduo, histórico, da experiência de um fenómeno que é vivido ao longo do tempo (como é no caso a experiência de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso), novas entrevistas com a mesma pessoa colocariam provavelmente em perspetiva todo um conjunto de vividos novos em cada uma delas, numa abrangência que excederia o objetivo temporalmente situado deste estudo. Com cada entrevista pretendeu-se, por isso, aceder à narrativa da experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, até ao momento presente da sua realização.

Considerações éticas e deontológicas

Especialmente no âmbito da investigação humana, evitar danos é porventura a maior virtude de qualquer investigação. A proteção das pessoas que participam nas investigações e dos seus dados, e mesmo das instituições com as quais se relacionam, deve por isso ser uma prioridade para qualquer investigador. No âmbito da investigação em saúde, no particular dos estudos fenomenológicos (mas não só), os questionamentos debruçam-se frequentemente sobre aspetos íntimos e dolorosos da vida das pessoas, que precisam de ser avaliados na perspetiva do prejuízo que “simplesmente” falar sobre eles pode acarretar²³². No presente estudo, uma vez presumido que pedir aos participantes que relembassem e narrassem a sua experiência vivida de serem cuidados por um enfermeiro gestor de caso lhes poderia suscitar memórias de vividos de sofrimento relacionados com a história e presente da sua condição adictiva, foi, ainda assim, sendo o investigador também enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (não experiente na área da adição mas treinado na realização de entrevistas e na prestação de cuidados em contexto de saúde mental e psiquiatria), decidido proceder à colheita dos dados tal como planeado. Já na realização das entrevistas, a dinâmica que foi necessária estabelecer entre o papel de investigador e de enfermeiro foi justamente um aspeto que se revelou crucial levar em atenção, uma vez que apesar de enquanto entrevistadores aceitarmos e registarmos (desejávamo-lo mesmo) toda a profundidade das experiências narradas pelas pessoas se tornou mandatório que enquanto enfermeiros não deixássemos que as entrevistas terminassem sem que cuidássemos das pessoas. Sem que, no seu final e conforme os casos, procurássemos reparar na relação: a atualidade de sentimentos provocados

²³² Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 53.

pelo acesso a vividos de grande sofrimento (perdas relacionais, viver na rua, doenças físicas, ...); concepções errôneas sobre doenças (a hepatite C que se cura com limão, por exemplo) ou convicções irreais sobre o tratamento e o processo de recuperação (caso da onipotência na apreciação individual sobre o risco de recair quando a abstinência é recente).

Em matéria de consentimento livre e esclarecido para participar na investigação, foi produzido o respetivo termo escrito (*vide* apêndices) que foi apresentado e explicado às pessoas selecionadas e convidadas a colaborar e, na sequência, datado e assinado quer pelo investigador quer pela pessoa, expressando dessa forma a sua anuência em participar no estudo. No documento, para além da identificação do investigador e da sua tutela científica, constaram igualmente: o título (provisório) do estudo; o seu objetivo principal; a indicação de que sendo voluntária, a participação da pessoa poderia, caso o desejasse, ser interrompida em qualquer momento; a garantia que da aceitação ou recusa em participar no estudo não decorreriam quaisquer benefícios ou prejuízos para o seu processo de tratamento; a garantia de que a sua identificação seria mantida no anonimato; a garantia de que a informação recolhida na entrevista seria confidencial e se destinaria exclusivamente a ser utilizada neste estudo e a autorização para ser entrevistada e que a entrevista fosse gravada em suporte áudio. Adicionalmente manifestámos a nossa disponibilidade para esclarecer qualquer questão não respondida. Sobre o compromisso do investigador para com os dados a recolher, de referir ainda que uma vez que nos estudos fenomenológicos este se transforma, num certo sentido, em “...guardião e defensor da verdadeira natureza do objeto.”²³³, foi assumida, na preparação para a sua análise, a necessidade de uma postura tanto de abertura quanto de rigor, consentânea com essa atribuição.

²³³ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 20.

Tratamento e análise dos dados

Uma vez recolhidas as entrevistas em suporte áudio, foi realizada a sua transcrição para texto pelo investigador, elaborando-se desse modo os verbatins respetivos. As razões da escolha desta transcrição ser realizada pelo investigador prenderam-se com a oportunidade de, ao fazê-lo, não apenas poder ir ganhando intimidade com os dados e ir procedendo à desocultação prévia de temas à medida que a transcrição ocorreu, mas também de aprimorar a nossa atitude fenomenológica como entrevistadores nas entrevistas seguintes.

Como forma de dar sentido fenomenológico às entrevistas procedeu-se à sua transformação em texto narrativo pela “limpeza” dos dados explicitamente não relacionados com o fenómeno em atenção e pelo reordenamento do texto com organização de sentidos temáticos sem, contudo, lhe alterar o sentido inicial^{234, 235}, uma vez que as narrativas fenomenológicas, promovendo o acesso à experiência particular em vez de a divagações sobre outros assuntos ou a construções abstratas sobre essa experiência, permitem mais facilmente desvelar, interpretar e recolher os fenómenos que se manifestam no texto²³⁶.

De algum modo começada já nas entrevistas (quando o investigador está ativamente a ouvir os significados e a atribuir sentido ao que as pessoas dizem²³⁷) e no processo de elaboração dos seus verbatins, a análise fenomenológica dos dados continuou-se, aprofundou-se, na imersão do

²³⁴ Caelli, K. (2001). “Deriving Narratives From Transcripts”. In *Engaging with Phenomenology: Is it more of a Challenge than it Needs to be? Qualitative Health Research*. Vol. 11 No. 2, 277.

²³⁵ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. Methods in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 60-64.

²³⁶ Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. 2nd Ed. New-York: Springer Publishing Company, 438.

²³⁷ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Op. cit.*, 76.

investigador nos dados, na criação da intimidade com estes que a leitura e releitura iniciais do texto proporcionam (*naive reading*)²³⁸.

Progressivamente, à medida que partes do texto foram compreendidas em relação ao seu todo e vice-versa, que o círculo hermenêutico se foi começando a formar, reflexivamente, para o investigador, um conjunto de sentidos antecipatórios se insinuaram sobre os dados.

Com um melhor entendimento do todo, a apreciação/interpretação de dados diferentes ou dos mesmos dados num nível mais profundo foi gradualmente promotora (em cada nova volta do círculo “investigador - sentido geral dos dados - sentido particular dos dados” em que os sentidos antecipatórios foram continuamente testados e atualizados) do maior alcance do sentido do texto – da compreensão temática do investigador em relação à questão que nos norteou²³⁹.

Percebidos como “*as estruturas da experiência*”²⁴⁰, composições intransitivas presentes no texto que descrevem a experiência vivida narrada e lhe dão sentido, são estes temas fenomenológicos que conferem orientação à investigação uma vez que é através deles e das suas relações que se forma a compreensão do fenómeno em estudo.

Realizada a análise de cada caso, na procura do “tema no caso”²⁴¹, verificou-se, numa população que experienciou o mesmo evento, que apesar da variabilidade da expressão humana e do seu testemunho da experiência vivida alguns destes temas experienciais foram recorrentes, emergindo como comunalidades²⁴² nas diversas descrições produzidas. Procedeu-se então ao

²³⁸ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 82.

²³⁹ Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Methods in Nursing Research. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 72 et seq.

²⁴⁰ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 78 et seq.

²⁴¹ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). Op. cit., 79 et seq.

²⁴² Van Manen, M. (1990) op. cit., 93.

agrupamento dos temas emergentes e à sua análise, numa perspetiva de "caso no tema"²⁴³.

Na sequência, a decisão sobre o caráter essencial²⁴⁴ de cada um desses temas - sobre se descobre aspetos ou qualidades que fazem do fenómeno o que ele é e sem os quais não poderia ser – decorreu então de um processo de livre variação imaginativa²⁴⁵ em que o investigador se interrogou sobre se o fenómeno perderia o seu significado fundamental em face de uma alteração ou mesmo anulação desse tema.

Uma vez estabelecidos os temas essenciais da experiência mas também o que se manifesta como singular dentro de cada um deles, através dos quais a descrição do fenómeno se tecerá, estas comunicações e singularidades foram, dado o caráter ilustrativo da investigação fenomenológico-interpretativa, iluminadas com fragmentos significativos da própria voz dos participantes.

Sobre estes temas essenciais e as respetivas variações que se desvelaram na análise dos dados, de clarificar ainda que apesar de o estudo contar com participantes homens e mulheres, aqueles foram sempre formulados no género feminino, uma vez que o estudo se reporta à experiência vivida da pessoa.

No que se refere a trabalhos com grupos com um maior número de participantes, os autores²⁴⁶ consideram que se torna difícil levar a análise ao mesmo nível de profundidade que para grupos mais pequenos, ou mesmo

²⁴³ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 79 et seq.

²⁴⁴ Van Manen refere-se a temas "essenciais" e "incidentais". In Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 106.

²⁴⁵ Ibidem, 107.

²⁴⁶ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010) op. cit., 106.

para um único participante. A ênfase deve, nesse caso, deslocar-se para a pesquisa dos temas-chave emergentes para o grupo como um todo.

Neste particular, não obstante ser discutível o valor das medidas quantitativas em estudos fenomenológicos, a noção da frequência da recorrência temática entre os casos pode ser um dado importante para a ideia de quão abrangentes esses temas-chave são nas experiências das pessoas do grupo²⁴⁷. Contudo, mesmo no caso presente em que a análise decorreu ao nível de um grupo de maiores dimensões, no processo de escrita fenomenológica os temas continuaram a ser ilustrados com exemplos particulares das narrativas dos indivíduos – as ilustrações narrativas.

No que concerne ao processo de análise dos dados e de redação das várias escritas dos seus resultados, de mencionar ainda a contribuição do grupo de análise colaborativa^{248,249} que integrámos desde uma fase inicial do estudo. A análise dos dados deu-se, aliás, por concluída quando nessa relação se tornou consensual a sua compreensão para um grupo de investigadores também eles enfermeiros; quando se fechou, por ora e para estes intérpretes, o círculo hermenêutico sobre os textos em análise²⁵⁰.

²⁴⁷ Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage, 106.

²⁴⁸ Dinamizado e orientado pela Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho, um grupo de doutorandos ligados à linha de investigação em experiência vivida do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa reuniu-se regularmente para se envolver tanto em reflexões teórico-metodológicas quanto, a partir dos nossos dados e do trabalho com eles efetuado, produzir apreciações de grande utilidade na geração de interpretações e compreensões.

²⁴⁹ Van Manen conta-se entre os autores que para os estudos fenomenológico-hermenêuticos valorizam a progressão do tratamento dos dados no contexto do que chama de “análise colaborativa”, realizada em seminários ou grupos de investigadores. In Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 100, 101.

²⁵⁰ Debesay, J.; Nåden, D.; Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 15(1). 57-66.

O principal objetivo da investigação fenomenológica é a criação de um texto fenomenológico que externalize o que de algum modo se nos tornou interno enquanto investigadores (as nossas interpretações e sequente compreensão da experiência vivida em estudo) e o torne inteligível e comunicável²⁵¹. Mas a escrita permitiu também, enquanto parte integrante do processo investigativo, que ao *escrever-ler* objetivássemos o nosso próprio pensamento e o confrontássemos.

Uma vez em texto, as nossas ideias sobre o fenómeno “falaram-nos” de volta, convocando a reflexão sobre a reflexão prévia e a consequente reescrita das nossas compreensões.

Sendo que a escrita media a reflexão, não é raro por isso que nos relatórios de estudos fenomenológicos os investigadores-autores se refiram a um processo com várias “escritas” (“primeira escrita”, “segunda escrita”, etc.) através do qual apuram a melhor descrição do fenómeno que são capazes, no tempo em que o fazem, de produzir.

Este foi também o caso.

²⁵¹ Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press, 111 et seq.

Parte 2: Ponto de encontro...

III – ...com as pessoas e com as vozes da experiência

No presente capítulo apresentamos as pessoas participantes no estudo com quem nos encontramos (dialogámos) na Equipa de Tratamento e damos conta também do encontro com as suas narrativas individuais, *corpus* de análise que utilizámos.

Sendo a análise fenomenológico-interpretativa um processo complexo cuja evidência exaustiva não cabe no corpo de um relatório desta natureza, a voz da experiência vivida de cada participante é assim apresentada tanto numa breve vinheta biográfica quanto no essencial da análise temática da sua narrativa, de onde emergem os temas essenciais (*tema no caso*).

A participação de cada pessoa é recuperada mais à frente, na Parte e Capítulo seguintes, no seu contributo para a formulação da escrita sobre a voz da experiência do grupo, suas comunalidades e singularidades (*caso no tema*).

As narrativas de todos os participantes poderão ser encontradas em apêndice.

Sobre as pessoas

Artur, Carlos, Marco, Diniz, Pedro, Daniel, Josué, Samuel, Lucinda, Vítor, Rui, Fernando, Carla e Isabel são os nomes fictícios dos participantes no estudo. Das dezasseis pessoas inicialmente selecionadas todas acordaram em participar, mas duas das entrevistas foram eliminadas. A de Lúcio, que se apresentou na entrevista com o pensamento lentificado e a fala entaramelada (aparentemente sob o efeito de substâncias psicoativas) e que apesar de compreensível no diálogo se tornou ininteligível na gravação áudio. E a de Henrique que, desconfortável no início da entrevista, aproveitou poucos minutos depois a interrupção criada pela necessidade de mudar de gabinete para concluir a sua participação nesse dia. Apesar de remarcarmos nova entrevista, não voltou a comparecer.

Os catorze participantes, onze homens e três mulheres, com idades compreendidas entre os vinte e nove e os cinquenta e quatro anos, apresentam todos problemas de adição a substâncias psicoativas e são cuidados por um enfermeiro gestor de caso. No momento da entrevista, um dos participantes era acompanhado por adição a álcool (Artur), quatro por adição a álcool e drogas (Carlos, Diniz, Daniel e Lucinda) e nove por adição a drogas (Marco, Pedro, Josué, Samuel, Vítor, Rui, Fernando, Carla e Isabel). Todas as pessoas com problemas de adição a drogas (heroína e cocaína, sobretudo, mas também canabinóides e substâncias sintéticas como LSD e *ecstasy*) estavam também em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos.

No que se refere ao tempo de acompanhamento com o enfermeiro gestor de caso, a experiência de treze dos participantes situou-se, no momento da entrevista, entre um e quatro anos. Exceção feita para o Vítor que, apesar de estar em acompanhamento há nove meses foi, dada a

informação da equipa de enfermagem sobre a sua capacidade reflexiva para aceder e narrar a sua experiência vivida, ainda assim aceite.

Cinco pessoas têm escolaridade ao nível do primeiro ciclo, sete ao nível do segundo ciclo e duas ao nível do ensino secundário, sendo que apenas duas trabalham, uma das quais de forma irregular. As restantes doze pessoas estão desempregadas e a receber ou a aguardar que lhes seja atribuído o Rendimento Social de Inserção.

Na sua grande parte solteiras ou divorciadas, a maioria vive só ou em casa de familiares (pais ou irmãos). Uma delas vivia no, momento da entrevista, numa associação de acolhimento. Cinco dos participantes vivem maritalmente com os seus companheiros, quatro dos quais também com os filhos.

Grande parte é portadora de patologias infetocontagiosas (hepatite B e C em sete pessoas, seropositividade a VIH em quatro e condilomatose numa) às quais se juntam também outras doenças concomitantes, como epilepsia (em duas pessoas) e problemas dentários (cáries extensas em cinco pessoas). Verifica-se também que seis dos homens têm histórias de detenção em estabelecimentos prisionais por motivos associados ao consumo de drogas (tráfico, furto, roubo, assalto à mão armada e, num dos casos, também tentativa de homicídio). Um dos participantes encontrava-se, aliás, no momento da entrevista, com pena suspensa e outro em prisão domiciliária com pulseira eletrónica.

Quanto às entrevistas, a circunstância do encontro com cada uma destas pessoas participantes no estudo, decorreram como previsto e, situadas no intervalo entre uma hora e vinte minutos (Artur) e meia hora (Isabel), tiveram genericamente a duração de uma hora cada. Foram terminadas pelos entrevistados.

Sobre as vozes da experiência individual

O Artur (1)

“A minha droga foi sempre o álcool (...) tinha uns catorze, quinze anos. Já apanhava as minhas cabeças... chegava a ir em coma pó hospital...muitas vezes.”

Quando o Artur era ainda criança, o pai faleceu com uma cirrose devido ao consumo de álcool. Hoje tem quase quarenta anos. É solteiro. Nascido numa família de baixo estrato sócio-económico, tem uma escolaridade ao nível do primeiro ciclo e até há dois anos foi conseguindo arranjar trabalhos na construção civil, em “biscates” como pintor. Iniciou os consumos elevados de álcool na adolescência e, já adulto, nos períodos em que trabalhava, era no álcool que gastava grande parte do seu dinheiro. Já foi acompanhado antes num serviço de alcoologia, mas recaiu e não voltou. A adição levou-o a não ser capaz de se manter nos trabalhos, nas relações conjugais e a que a família se afastasse dele. Perdeu também a tutela de uma filha, de quem só sabe que está numa instituição. Sem dinheiro nem casa, viveu durante alguns meses numa carrinha, subsistindo com as ajudas de conhecidos e instituições locais. Vendo-se numa situação limite, soube da Equipa de Tratamento por um conhecido que já aí era acompanhado por problemas de consumo de álcool. Foi com ele que veio, quando pediu, espontaneamente, ajuda. Desempregado, recebe agora o Rendimento Social de Inserção. Vive só, numa casa arranjada já pela ET. Apresenta várias cáries em estado avançado. Está em acompanhamento com a enfermeira há treze meses.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Artur)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir a ausência inicial de ligação	Eu a primeira vez quando eu vi aqui fiquei assim...porque uma pessoa não conhece as pessoas, não tem aquela lidação...
	Sentir-se tomada a cargo	Primeira pessoa foi com a doutora (a enfermeira), é...a doutora é que ...é que me tratou dos papéis todos, fez-me as perguntas que tinha que me fazer...fiz exames, fiz exames aqui.
	Sentir-se tomada em conta	Primeiro perguntaram-me, quando eu cá vim, o que é que eu pensava...fazer à minha vida...a doutora (a enfermeira) perguntou-me.
	Sentir constância na relação	(Vem às consultas) aí uma ou duas semanas...por quinze a quinze, conforme. O que passarem é que cá venho, tenho aqui o papelzinho...chegam aqui, escrevem a data e venho cá nestas datas.
	Sentir-se comprometida	Vou (continuar a vir às consultas) e não vou falhar. Não vou falhar porque, porque gosto de cá vir.
	Não se sentir presa	...se não fosse aqui, não sei...tinha que ser à força. Não gosto de tar preso (em hospitais, mas aqui?...) NÁÁ!! (não se sente preso)
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
Variações	Sentir-se representada	...andavam (a enfermeira e a assistente social) a ver se conseguiam me arranjar (trabalho)...agradeço muito a elas, agradeço mesmo...

<i>do tema</i>	para além da Equipa de Tratamento	
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se reforçada	...estão sempre dispostas para me ajudar em qualquer coisa...para ver se isto vai avante...tive uma grande ajuda, posso agradecer...à CAT, porque deram-me uma grande força para eu conseguir deslargar o álcool...e eu agora tou aqui...a falar consigo e posso agradecer muito a eles.
	Sentir-se orientada	(A enfermeira) mandou-me para Lisboa, mandou-me para Lisboa não é, houve um papel que tive que fazer, fiz exames e depois fui pa Lisboa...coiso do alcoolismo. (Depois) ela arranhou-me um sítio para ir comer, que eu tamém não, não comia. “Primeiro vamos lá a ter a cura do álcool, vamos à casa agora, para a gente dar uma ajudinha, vamos à casa e depois...é a boca”. Porra, ajudar têm ajudado muito....
	Sentir-se traduzida	...disseram-me (a enfermeira) “pois você ainda tem pouco tempo, por causa do álcool”...ficaram com um pé atrás porque é pouco tempo...que eu deslarguei...e eu tamém já pensei p’a mim próprio, porque acho que foi muito pouco tempo. Muito pouco tempo.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Quando eu comecei a beber, puxava-me...ficava a pensar “éh pá, eu agora apetecia-me agora beber um copo de vinho”. Era uma coisa que eu adorava, eu bebia o bagaço como tava a beber água.
	Compreender as consequências dos consumos	eu comecei a beber tinha uns catorze, quinze anos. Já apanhava as minhas cabeças...já o fígado já tava a inchar...eu chegava a ir em coma pó hospital...muitas vezes. O meu pai também...o meu pai morreu com uma cirrose. Eu não quero chegar ao ponto onde o meu pai chegou.
	Elaborar as perdas	Fiquei sem a minha filha...a minha filha tá numa estituição...pro menos...é o que dizem. Alguns dizem que a minha filha foi adotada...outros dizem que ela tá numa estituição...não sei (...) Isto dói muito, pra mim dói muito, não há dia nenhum que eu não pense na minha filha...(emociona-se e respira fundo)...eu até nem gosto de tar a falar nisto porque...porque é chato, é chato, não é chato, é triste...e eu tamém lhe digo uma coisa, eu tamém entreguei-me mais ao álcool...entreguei-me mais ao álcool quando eu soube que fiquei sem a minha filha....
	Responsabilizar-se pelas escolhas do passado	Começo a pensar o é que, o que eu...a asneira que eu fiz. Agora...ando p’ra minha cabeça...é mesmo apagar a asneira que eu fiz...as coisas passadas é pra mandar pra trás das costas (mas) não posso esquecer muitas coisas...a borrada que eu fiz, do álcool...não.
	Considerar as consequências do futuro como dependente	Atão se eu não tivesse deixado de beber onde é que eu já tava? Se calhar já tava a fazer tijolo. Se eu me sinto tão bem assim...não tenho necessidade daquilo. Não tenho necessidade porque...já à primeira se eu me agarrasse aquilo o mal era meu. Antes de durar mais vinte ou trinta ou quarenta anos, durava só dez anos. Eu não quero chegar ao ponto onde o meu pai chegou. O mal era meu.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Transformar-se a partir da ausência da substância	Foi um bocado difícil, porque o corpo, o corpo já tá habituado aquele, à bebida. O álcool é como a droga. O corpo sente...uma pessoa que teja habituada aquilo, tira aquilo de repente...o corpo sente...é como o tabaco. Se eu tiver um dia sem fumar começo a tremer por todo o lado. Eu quando deslarguei eu andava um bocado stressado...e de que maneira (risos), mesmo com os comprimidos, às vezes nem paciência tinha para a minha mãe, nem para a minha família. Diziam-me qualquer coisa e eu desparatava. Porque era a faltar-me um bocado de qualquer coisa cá dentro. Inda tou um bocadinho em baixo...
	Tomar consciência do controlo externo sobre os consumos	Eu parado, prontos tamém era o meu mal era quando eu bebia... enquanto trabalhava não dava aquela tentação. Se eu tiver muito tempo parado...fico doente...já tou habituado, já desde os quinze anos, catorze ou quinze anos, a trabalhar...eu tenho que fazer sempre qualquer coisa, sempre...tenho que arranjar maneira de sempre mexer...
	Procurar controlar externamente os consumos	Fui procurar para me mexer... o trabalho fui eu que consegui arranjar. Graças a Deus vou começar a trabalhar amanhã. Andavam a ver se conseguiam me arranjar...agradeço muito a elas, agradeço mesmo.

	Experienciar o autocontrolo sobre os consumos	Não. Isso já vem, já vem da minha cabeça. Se eu quisesse beber atão não tinha bebido? Que as pessoas, se eu quisesse beber, bebia todos os dias, porque vejo as pessoas metem-se todas ao meu lado, a beber. Ou vou comer com uns colegas meus, ou convidam-me para irem comer, metem-se lá a beber o vinho. Tou aqui eu, eles tão aqui à minha frente...se eu quisesse beber...E agora digo-lhe uma coisa, não me puxa, não me puxa. Não porque isto é assim, isto aqui conta muito (aponta para a cabeça).
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se uma lutadora	Uma pessoa...quem precisa, tem que lutar...tem que lutar (...) eu não consigo ver os outros, os outros estão bem e eu tou em baixo...não consigo, não consigo ‘carar, olhar mesmo p’ra mim a dizer “é pá não pode ser...temos que lutar...”
	Sentir-se capaz	Porque se fosse outras pessoas, o tempo que eu deslaguei, o pouco tempo, isto é mesmo muito pouco...não conseguiam fazer a coisa que eu fiz.
	Valorizar a propriedade	...tá-me a correr bem, já consegui arranjar uma casinha p’ra mim...consegui arranjar uma casinha...que eu ainda não tou lá, vou só, vou só partir de dia doze...hoje tive lá a pintar lá um terraço...(sorriso) (...) Tenho a pouco a pouco (que ir) comprando as coisas, lá para casa, a casa tá vazia...tenho pessoas amigas que me vão arranjar algumas coisas mas não é...não é o suficiente. Uma pessoa ter que ter as coisinhas, pelo menos o essencial, não é? O fogão, frigorífico, cama, prontos...o suficiente, o suficiente!
	Redefinir-se no contexto social	As pessoas dantes viam-me de uma maneira e agora veem-me doutra e dizem “é pá, tu, sinceramente, tiveste força mesmo, força de vontade mesmo, de deslagues o álcool”. Já muitas vezes já me veem de outra maneira, já não me veem da mesma maneira...As pessoas já me veem com outras caras...porque uma pessoa bêbeda só...só fazia era figuras...Tavam-me sempre a dar...agora é a minha vez...a minha vez de, de os mandar a baixo, a eles “Tás a ver? Quando eu bebia? Távas-me sempre a criticar, agora não, agora é a minha vez”. Eu agora digo, sou diferente das outras pessoas...não sou mais que os outros, sou igual às outras pessoas!! Não sou mais nem sou menos.
	Manifestar novas necessidades	...mas eu estou a precisar é de outras coisas, porque do álcool (risos) ...o álcool pra mim não me faz falta nenhuma, o que me faz falta é um prato de sopa, se eu não tiver um prato de batatas fritas com bife tenho um prato de sopa...por o menos é o mais principal (...) agora quero é trabalho...trabalho, trabalho, trabalho, para a minha vida toda, que é o que eu quero.
	Autocuidarse	Eu tenho é que olhar pela minha saúde, não é? Se uma pessoa se não vai olhar pela minha saúde quem é que vai olhar? Se não for eu a olhar por mim, se (não) for eu a olhar p’ra mim ninguém olha, e eu deixo-me tar como tou, sinto-me bem, tou mais gordo.
	Sentir-se satisfeita com o novo “eu”	Eu sou um rapaz novo ainda, eu tenho muita vida pela frente ainda e o que eu quero é isso...que eu tenho muita vida pela frente ainda, para dar cabo. Eu quero é fazer vidas novas, agora...quero me alevantar...agora quero é trabalho... trabalho, trabalho, trabalho, para a minha vida toda, que é o que eu quero...que isto continue...se, se continuar assim, as coisas estão a correr bem...graças a Deus.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Criar espaço para os outros	...o que quero é...fazer uma vida nova, quero construir família...mas ainda vou a tempo. Ainda vou a tempo de construir uma família, a mim, não é? (...) Gostava de ter a minha filha...a meu favor...não há pai nenhum que não goste. Agora não digo...se um dia, se houver alguma hipótese, se um dia se houver alguma hipótese, eu gostava de ter a minha filha...se eu tivesse a minha filha a meu favor era o homem mais feliz do mundo.
	Reparar as relações	Agora vou a casa, dar a notícia (de que conseguiu arranjar trabalho) à minha mãe, que ela também vai ficar muito contente... agora também, a minha família...tem-me tado a ajudar, prontos...Eu, eu p’ra mim é a melhor coisa
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Desejar consolidar a mudança	Eu quero é fazer vidas novas, agora...quero me alevantar (...) que isto continue...se, se continuar assim, as coisas estão a correr bem...graças a Deus.
	Sentimentos de	“Pronto eu já tou curado, já tou bem curado! Posso mesmo dizer que tou mesmo cem por cento, mesmo curado...Não tou noventa e nove por cento,

ambivalência	tou cem por cento”. Eu posso mesmo dizer, posso mesmo dizer que eu era mesmo alcoólico! (...) Foi o que eu disse à doutora (enfermeira)...como foi há pouco tempo que eu deslaguei a bebida, posso vir ter...assim pode vir uma coisa de repente e ter havido, haver uma recaída...eu não quero. (...) Às vezes começo a pensar...porque eu não sei o dia de amanhã.
Resistir a separar-se	E depois partir daí...venho cá...nem que seja só para perder tempo, só para falar com elas, um bocadinho...eu nunca vou deixar de cá vir...porque isto é assim, uma pessoa nunca se esquece das pessoas que fazem bem, não é? Se fizessem mal também não vinha aqui, de certeza (risos).

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Artur)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O modificar o padrão de relação com a substância
 O valorizar as mudanças
 O ligar-se aos outros
 O projetar-se no futuro

O Carlos (2)

“Eu desde que fui toxicodependente, fui...a minha família já... sou...posto à parte. (...)Tratam-me bem mas sinto...diferente”

O Carlos, solteiro, agora com trinta e seis anos de idade, iniciou consumos de cannabis aos dezasseis e de álcool aos dezassete. Foi no serviço militar obrigatório, próximo dos vinte anos, que experimentou pela primeira vez heroína fumada, que depois chegou a injetar. Detetado como consumidor, foi expulso. Manteve os consumos e, com o primeiro ciclo de escolaridade, foi arranjando trabalhando onde conseguia, sobretudo na construção civil. Nessa altura, enquanto *“havia dinheiro, havia drogas, havia tudo, portanto, tá tudo bem”*. Teve uma relação com uma rapariga também consumidora. Entre os dois, aumentaram bastante os consumos e o Carlos deixou de conseguir manter-se nos trabalhos. A companheira passou a prostituir-se para manter o vício de ambos. Sentindo-se no *“fundo do poço”*, decide *“tentar fugir da droga”* e afasta-se da companheira. Consegue trabalho na Alemanha mas continuou a consumir. É aí que inicia uma relação com uma rapariga alemã que o convence a procurar um centro de desintoxicação. Saiu *“limpo”* e assim se manteve durante uns meses até vir de férias a Portugal, onde recaiu. A companheira deixou-o e voltou para o seu país, o Carlos continuou os consumos de droga e álcool e *“num mês só já estava de rastos”*. Deixou na Alemanha tudo o que tinha e ficou cá *“com a roupa que dormia no corpo”*. Nessa altura volta a viver com a mãe que é quem o incentiva a procurar ajuda para trabalhar e para se tratar. Tem também epilepsia e hepatite C. Sendo a família de baixa condição sócio-económica, procura a Segurança Social que o encaminha para a Equipa de Tratamento. Desempregado, passou a receber o Rendimento Social de Inserção. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e é acompanhado pelo enfermeiro no último ano e meio.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Carlos)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se compreendida	Porque ele...compreende muito a gente por causa da doença. Isto é uma doença...por exemplo, tenho aqui um caroço e ao falar disso o caroço...salta. Ou para cima ou para baixo, não interessa, mas desaparece. Fico aliviado...é mais fácil falar com ele.
	Sentir-se identificada	Começámos-se a dar bem...eu era mais fácil falar com o enfermeiro do que falar com a médica, portanto é homem e tinha certas coisas que eu não consegui falar com uma mulher, com a doutora...da parte sexual...porque...eu ter potência, tinha, mas por vezes, queria e não conseguia!
	Sentir constância na relação	Agora tenho que marcar para ele. Mas deve ser daqui a quinze dias, se calhar, ou vinte...tenho-me sempre dado bem, quando preciso falo com ele.

	Confiar-se ao enfermeiro	Não sei se é por ser uma pessoa estranha, mas...sinto-me bem a falar com ele...falo...de tudo...começo do princípio e acabo no fim, digo tudo. Sinto-me melhor e ele fica a saber mais um bocadinho sobre mim...enquanto eu cá andar eu conto tudo e mais alguma coisa ao enfermeiro. Como eu cheguei aqui, se eu quisesse...não, não lhe dizia nada do que se passava e ele ficava a olhar para mim e pá, falávamos um ao outro, mas não, prefiro chegar aqui e falar.
	Partilhar o controlo sobre os encontros	Ele até já me disse “Quando te sentires mal ou alguma coisa, telefona para mim...”, pronto para aqui, se ele tiver aqui, “...para falar no telefone, seja o que for...”. Eh pá...felizmente não precisei...só telefono quando os comprimidos estão a acabar.
	Viver os limites da relação	Não vou dizer que é como um irmão, mas...falta pouco.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Ele fala com a médica e com a assistente social. (...) Por exemplo, eu amanhã quero uma consulta com a médica, não é? Isto é um exemplo. E isto “ah, não pode ser amanhã, só daqui a um mês”, portanto, nada disso. Falo com o enfermeiro, pronto, é mais rápido, marcar assim. A médica é bastante ocupada. (...) E pronto, tenho gostado da ajuda, tanto dele (do enfermeiro), como aqui do CAT. Porque se não for o CAT ele também não poderia ajudar da maneira que eu ando, pronto tá tudo...tudo interessado.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Que eu já andei a tomar a medicação para o álcool, mas não resultou, até que agora para o fim...ele arranhou isto, um centro de alcoólicos em Lisboa, no Júlio de Matos. A primeira vez que fui lá, fui à consulta, tinha estado já com o enfermeiro...cheguei lá disseram que tinha que esperar dois meses e meio, quase três meses para ser internado. Prontos e eu nesse dia vim, vim cá, depois falar com o enfermeiro assim no dia a seguir, já não em lembro bem...e sei agora não sei se foi o enfermeiro que telefonou para lá, ou se foi a médica, isso não sei, mas foi com o enfermeiro que eu falei. Eu não sabia de nada, não é? E sei que na semana a seguir me telefonaram para ser internado no dia nove. Foi logo, e não demorou tanto tempo.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	Já uma vez recaí...não é? Ao princípio, eu tomava sempre medicamentos e bebia na mesma. Às vezes não tomava a medicação e os comprimidos e bebia. Outras vezes bebia e em vez de tomar dois comprimidos, tomava três ou quatro. E ele sempre soube isso. Chegava cá, quando falava com ele e dizia...pronto, desabafava com ele. E agora recaí também na terça-feira, recaí...a última vez que eu bebi foi na terça-feira (hoje é quinta-feira). Pronto, de terça até agora nem sequer pensei em álcool, nada. Só falo em álcool porque tou a falar consigo ou a falar com o enfermeiro...e ele tá a fazer tudo por tudo a ver se eu, pronto, consigo avançar para a frente, a ver se não, se não caio outra vez...no poço.
	Sentir-se orientada	Tenho hepatite C mas já não tomo medicação já há bastante tempo também. ..agora marcaram a consulta...mandaram-me ao hospital para fazerem análises...o enfermeiro falou “olha, se quiseres, a gente vai tentar. Faço aqui uns papéis e...vais marcar uma consulta para se começar então a tratar...” ou com injeções ou com o que é que eles têm, ou com comprimidos. “Se for com injeções, tens que ir de quinze em quinze dias ao hospital levar as injeções...”. Vou, vou amanhã ou com certeza ou vou na segunda-feira.
	Sentir-se confiável	Sinto-me que tou...tem confiança em mim.
	Sentir-se chamada a participar	Ele nunca diz “olha, tens que fazer isto, tens que fazer aquilo”...Naaaaão. É sempre, “podes fazer isto se quiseres, tu fazes isso se quiseres...” Ele pergunta sempre. Da maneira que ele fala comigo é “há isto e isto e isto para fazer, vê lá se fica bem para ti, se queres assim, ou se preferes diferente...”...“olha vê lá se queres ir para aqui...se quiseres vais, se não quiseres não vais”. Tudo bem.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Ao princípio, eu tomava sempre medicamentos e bebia na mesma. Às vezes não tomava a medicação e os comprimidos e bebia. Outras vezes bebia e em vez de tomar dois comprimidos, tomava três ou quatro. E ele sempre soube isso. Chegava cá, quando falava com ele e dizia...pronto,

		desabafava com ele.
	Elaborar as perdas	Eu desde que fui toxicodependente, fui...a minha família já...eu sou o neto mais velho, já sou...posto à parte. Eles quando tinha os meus dezasseis ou dezassete anos, como era antes, era tratado de uma maneira diferente...agora, pronto, com a minha avó e os meus primos mais novos, já não é. Tratam-me bem “Olá, e coiso, atão”, mas sinto...diferente, que eles já não falam tanto como...antigamente. O meu primo, o dono dessa firma, a minha avó até fala com ele como se ele fosse o maior deles todos...se estivermos os dois assim, ele é, ele sobe, sobe, sobe, sobe e eu fico no mesmo sítio, em relação à família. Já contei (ao enfermeiro)...ele sabe, praticamente sabe tudo. Quando não falo dos primos, falo da questão da minha mãe, do meu irmão, do meu pai... Infelizmente, olhe...correu-me sempre mal, pronto, é assim.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do passado	Já podia ter mesmo casado, já podia ter filhos, ter um carrinho, ter a minha casa...e pronto, infelizmente...a culpa, eu não vou culpar ninguém, a culpa é minha, não é? Não tenho é tido juízo, que é mesmo assim.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência do controlo externo sobre os consumos	Se estiver ocupado com alguma coisa, já se torna mais difícil (consumir), já nem eu penso tanto...nesses problemas. Tou só a pensar naquilo que tenho que tou ali para ser pago...saio do trabalho, posso ir para casa, jantar, tomar banho e até posso vir a pensar assim “é pá se calhar é melhor ir beber um cafezinho e uma macieira” mas já é diferente, já tou em casa, já não saio. Já é diferente. Se estiver ocupado já não há...já não corro aquele risco...
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se uma lutadora	... eu passei lá igual a eles. Somos de carne e osso, o sangue é igual, pronto. Agora eles ainda não querem ir à luta... o que vai na cabeça deles não sei...se eu não tivesse (sido) ajudado, então tinha os problemas deles. Felizmente já comecei a lutar por mim.
	Redefinir-se no contexto social	Deixei, de consumir drogas. E já, pronto, já injetava, infelizmente...(agora) nem sequer haxixe fumo...saio, vejo um amigo, vejo outro, tou com os amigos que eu tive do tempo de droga, que eu hoje vou falar com eles à mesma. Ainda há alguns metidos nisso, tanto de droga como no álcool, mas eu continuo a falar com eles... não meto à parte, tejam a cheirar mal, não tejam...é igual. Não sou diferente deles, sou igual, sou doente. Embora na parte da doença eles bebem e eu não bebo. Ou não me drogo. Sinto-me mais do que eles.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentimentos de ambivalência	Eu posso ter mais uma recaída...e beber. Mas...a minha intenção é...ver se consigo olhar p’a frente e...e não beber mais nem, nem pensar mais nisso. Porque tanto embora a gente não beba mas...o ratinho tá sempre cá na cabecinha. Não sei o dia de amanhã... agora...a cabeça...tá no bom caminho, mas eu não sei o dia de amanhã. É o que eu costumo dizer, é vinte e quatro sobre vinte e quatro. Um gajo tem uma ideia mas essa ideia, prontos, pode chegar amanhã e...dá-se um problema. Embora teja sempre a pensar no bom caminho, mas...

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Carlos)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O modificar o padrão de relação com a substância
 O valorizar as mudanças
 O projetar-se no futuro

“Tou-me a querer é mesmo livrar, porque eu comecei muito novo...
por isso é que o meu corpo custou mais a desmagnar
(...) abriu a porta e agora para a fechar...”

Aos quarenta e cinco anos, o Marco tem uma longa e intensa história relacionada com o consumo de substâncias psicoativas. Foi com dez anos de idade que pela primeira vez experimentou consumir álcool. Daí até aos dezasseis anos, altura em que iniciou o consumo regular de heroína, cheirou cola e consumiu haxixe. Passou por consumos de cocaína e, com pouco mais de trinta anos, passou também a ser consumidor de *ecstasy*. Com o sexto ano de escolaridade, experimentou vários trabalhos na construção civil, mas nunca os conseguiu manter; *“faltava muito”*. O aumento progressivo da dependência e do preço das diferentes drogas que passou a usar, levaram-no a começar a traficar. Na sequência, esteve várias vezes detido, num total de quase dez anos. Foi nessa altura que começou a ser acompanhado no então CAT, conseguindo manter-se, após sair em liberdade, sem consumir álcool e drogas cerca de três anos. Ao fim desse tempo recaiu, abandonou o acompanhamento e continuou a consumir, situação que se manteve por mais dois anos, *“fui cair e me viciiei outra vez, abriu a porta e agora para a fechar...aí é que é”*. Já foi casado e tem filhos e uma neta. Vive agora com a mãe. Diz que foi a família quem o motivou para voltar a procurar ajuda na Equipa de Tratamento. Tem hepatite C. Desempregado, passou a receber o Rendimento Social de Inserção. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e em acompanhamento com o enfermeiro há quinze meses.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Marco)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se compreendida	Falo da minha vida, eu conto-lhe...conto-lhe. É por isso é que ela me ajuda. Eu conto-lhe as dificuldades que tenho...sobre...e da minha família e isso tudo...conto-lhe, porque tenho confiança, tenho toda a confiança nela. Já a conheço há bastante tempo e sei que posso desabafar com ela...porque ela compreende-me e ajuda-me psicologicamente, não é? Ela sabe, está dentro de tudo...é o que aconteceu. Ela aceita bem. Ela aceita...e eu tou satisfeito.
	Sentir-se identificada	Uma pessoa amiga. É mais do que uma enfermeira ou médica, com quem eu não sou nada, é mais uma pessoa amiga.
	Sentir constância na relação	Ela, é assim, eu venho a uma consulta, marco com ela para a próxima. Fica logo marcada. (Venho cá) mensal, quinze em quinze dias, depende. Se eu posso vir naquele dia...se não, venho noutro. Prontos. Combina-se logo. Dá-me logo um papelinho, a hora e a data.
	Confiar-se ao enfermeiro	Abro-me facilmente com ela. Abro-me mais com ela do que com outra pessoa qualquer. Porque sei que o que tou aqui a falar com ela que é confidencial também...que é sigilo profissional, não é? E ela ajuda-me a ultrapassar esses, essas fases e eu tenho, só tenho é que agradecer a ela. Tem-me ajudado bastante.

	Viver os limites da relação	Pronto, não a trato por tu, não é, isso não. Isso há respeito. Pessoalmente não pode ajudar, assim, coiso, mas psicologicamente pode-me ajudar.
	O sentir-se representada	Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Tinha um problema aqui na perna...má circulação derivado a...pronto a injetar-me nas pernas, nos pés. Foi por causa de injetar na perna, na virilha, apanhou-me uma veia, a chamada veia do fogo ou o que é, e começou-me, inflamou o pé todo. Queria calçar e já não conseguia. E eu tava com medo, porque há pessoas que já cortaram a perna pelo joelho, por causa disso... Queixei-me à minha terapeuta e ela...deu conhecimento à doutora e depois perguntou quando é que ela podia ver o pé e isso tudo...e marcou logo a consulta comigo, disse-me para eu vir cá um dia, para a doutora tar um bocado comigo. Tá a ficar bom. Tava muito, poxa, tava muito pior.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Tive a falar com as duas (a enfermeira e a assistente social) sobre o trabalho. Elas falam, uma com a outra. Elas têm reuniões...elas falam, sobre nós. A terapeuta (a enfermeira) não tem muito que...para ajudar a gente a arranjar trabalho não é muito a parte dela...é mais da assistente. Para esses programas é do lado da assistente social...elas daqui, comunicam umas com as outras (com as assistentes sociais do Centro de Emprego). Não resolveu o problema, mas marcou a consulta com a outra e a outra vai-me atender, mas primeiro vai ver o que é que se passou para não me terem metido nisso, no programa (ocupacional). Se fosse eu, a tar a telefonar p'a outra assistente que me arranjou esse tal trabalho...ah...não tinha dinheiro para andar a pagar na cabine telefónica, e assim, e...isto as linhas eles não devem gastar quase nada, não é?
	O sentir-se investida	Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se controlada	A gente quando vem começar o tratamento tem que assinar um papel. E lê, antes de assinar lê, e aquilo tá lá a dizer que não se pode beber álcool, nem tomar comprimidos sem autorização, que sejam medicamentos aqui pelo CAT...prontos, coisas assim...e nem consumir heroína nem cocaína....E ela é que me acompanha na metadona, ela é que sabe se eu, se eu tenho que reduzir, se eu não tenho...ela é que...se eu acusar nos testes, ela é que sabe o que é que me pode fazer, prontos, ela é que sabe de tudo.
	Sentir-se reforçada	Ela dá força à gente...ela também é como uma psicóloga. Ela faz também, conversa connosco...dá força para a gente ver a vida de outra maneira...dá-me força para eu não desanimar, para ter força para lutar, para vencer...para ultrapassar estes obstáculos...estou satisfeito com ela, que ela tem-me ajudado bastante...que eu tenho tido problemas e ela tem até me ajudado a ultrapassar isso
	Sentir-se orientada	Eu tinha hepatite C e já andava com vontade de fazer o tratamento, mas tinha receio, porque dizem que aquilo, que a gente fica muita fracos e não sei quê... Eu pedi opinião a ela. Eu perguntei a ela e ela aconselhou-me "vai, vai, fazes bem...". Ela é que me encaminhou pa começar a fazer o tratamento. Fui através da minha terapeuta ao hospital, ela é que marcou-me consulta e isso tudo tudo p'ó médico dos infetocontagioso. Fui para lá...
	O situar-se na sua história de consumos	Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Isto ao princípio a gente arranja facilmente dinheiro...mas depois vai ser preciso mais, só aquela quantidade não chega e o dinheiro também tem que ser mais. E eu não tenho assim muito coiso para roubar nem nada disso...vendia comprimidos, arrumava carros, adquiria dinheiro assim, mas como as doses eram tão altas, já tinha que ser muito dinheiro e este dinheiro já não dava ...e eu já tava farto dessa vida...e pensei assim "ouve lá, já chega"...derivado à minha idade, "já chega...vou pedir ajuda a eles". (...) (Depois) não consumia, e caí do segundo andar...e fraturei uma vértebra. As dores não passavam, da coluna, com os medicamentos...o que é que eu experimentei fazer...consumir heroína. Passava-me a dor (sorriso triste). É o suficiente...abriu a porta e agora para a fechar...aí é que é...basta uma semana para se ficar agarrado E comecei por aí e fui cair outra vez. Foi aí que eu me viciiei outra vez.
	Compreender as consequências dos consumos	Tenho por experiência própria...quando a gente tá-se a drogar, quando a gente se droga, a nossa mentalidade só anda ali, no meio do mundo da droga, esquece-se o resto da família...desde que se tenha um pratinho de

		sopa para comer ou uma coisa qualquer e ter onde dormir e isso... pronto o que interessa é a droga. E uma pessoa tem filhos e isso e não dá importância...(.) A minha geração praticamente já quase toda, não é quase toda, mas mais de metade já, já faleceu. Da minha geração...pelo menos aqui da minha zona...quem consumia, mais de metade já...já faleceu.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do presente	Derivado à idade que tenho, tenho que ser eu próprio, eu é que tenho que dizer “já chega, já chega”...para começarmos a construir a vida, porque a gente está no zero, cá em baixo, tamos a recomeçar de novo.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Transformar-se a partir da ausência da substância	Tou-me a querer é mesmo livrar, porque eu comecei muito novo...por isso é que o meu corpo custou mais a desmagnar do do...do corpo. A (fase) física, sai em pouco tempo, agora a psicológica não...não é nem num ano nem é dois, que a gente diz assim “olha tou livre”, não, podemos ter recaídas. Eu tou na fase psicológica...ainda tou na física, até largar a metadona tou na física, não é? É que isto é um substituto ainda da heroína.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se olhada como uma lutadora	Eu penso assim desta maneira e eu, prontos optei por largar esse mundo da droga e...e ver mais realmente a minha família e...dedicar-me mais à minha família...que começam a ver com outra maneira...veem-nos como se a gente tivesse mesmo vontade de sair...desta vida. E tão a ver que a gente tá a lutar para isso.
	Redefinir-se no contexto social	Felizmente não tenho doença nenhuma infetocontagioso e prontos...tou a começar a...a inserir-me na sociedade. Tenho o sexto ano antigo, tenho quarenta e tal anos. Ainda vou a tempo. Agora...vou ver as oportunidades que me vão dando, mas vou ter que saber aproveitá-las.
	Sentir-se satisfeita com o novo “eu”	Eu sou...sou livre, pronto...tenho que ser eu mesmo a fazer por mim...tou (muito motivado). Tou satisfeito, como tá a correr...é a cura, não é? E quem é que tem mais cabecinha, e pá próxima não se lá vai meter, não é? (risos). Eu acho que sim.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Criar espaço para os outros	No meu caso eu...agora já tenho a minha maneira própria de ver as coisas, eu acho que vejo com mais maturidade, quer dizer, já tenho uma certa idade, não é aí como esses miúdos que têm vinte e tal anos, já tenho o dobro da idade deles. Eu já vejo a vida de outra maneira, tenho filhos, tenho uma neta, prontos, para eu ver mais a minha família e deixar este mundo da droga...à parte...e ver mais o ambiente familiar tenho netos, tenho uma vida já diferente. Para a minha mentalidade já tá mais resolvido. (...) Praticamente é...toda a minha dedicação é para a minha casa. P’ó meu lar...
	Passar a cuidar dos outros	Vivo só com a minha mãe. Só eu que podia ganhar dinheiro para a gente comer, não é? E eu não posso andar metido no mundo da droga, se não, não ganho, não é? Não vou deixar a minha mãe a passar fome. (...) Tenho que mudar a vida que é para...ter responsabilidades e ser eu a gerir a minha família. Coisa que nunca tinha feito antes, quando ando metido na droga.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Desejar consolidar a mudança	Agora...mas eu, eu tenho tido sucesso aqui. Apesar de ter caído já, de ter tido uma recaída, não é? Mas tou a levar isto a sério...vamos começando, até estabilizarmos a vida como fomos antes de começar no mundo da droga, não é? Tivemos a infelicidade de cair lá! Mas...tudo de resolve, tudo se pode melhorar, não é?
	Sentimentos de ambivalência	Eu sou...sou livre, pronto...tenho que ser eu mesmo a fazer por mim...tou (muito motivado). Tou satisfeito, como tá a correr...é a cura, não é? E quem é que tem mais cabecinha, e pá próxima não se lá vai meter, não é? (risos). Eu acho que sim. (...) Mas ah...a psicológica, isto ainda vai cá durar uns aninhos, não é? Se uma pessoa passar cinco anos, cinco, seis anos sem, sem consumir, acho que já não vai consumir mais. Acho que esquece isso. Mas há quebras, há quebras. Há muitos obstáculos para a gente ultrapassar...e às vezes há uns que a gente...nem consegue ultrapassá-los. É quando a vida parece que corre mal. Há contratempos, mas a gente tem que saber ultrapassá-los. Eu tenho medo é de cair

	novamente na heroína, isso é que eu tenho medo...
Resistir a separar-se	...eu já tou na fase de reduzir (a metadona). Já tou, tou a largar. Depois quando chegar, chegar ao zero, pronto, largo. Mas venho às consultas à mesma! Para saberem se eu tou bem.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Marco)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O modificar o padrão de relação com a substância
 O valorizar as mudanças
 O ligar-se aos outros
 O projetar-se no futuro

“Consumia heroína...e...de vez em quando (...) era cocaína.
 ..dava a heroína, mas era junto com um comprimido.
 Que é o Dormicum...juntava.
 E dava com seringa...comecei a consumir todos os dias...”

O Diniz tem vinte e nove anos. Após a separação dos pais, com pouco mais de três, passou a viver só com o pai no mesmo bairro onde atualmente reside: *“aquilo é só droga”*. Aos catorze anos, a par com o consumo de álcool, iniciou consumos de haxixe na companhia de outros adolescentes da vizinhança. Passou a consumir heroína aos dezasseis (que chegou a injetar regularmente com Dormicum®) e dois anos mais tarde experimentou cocaína com consumos esporádicos. Concluiu tarde o primeiro ciclo de escolaridade e começou a trabalhar em *“biscates”* da construção civil, onde aprendeu o ofício de pedreiro mas também *“a fazer de tudo um pouco”*. Depois de deixar a casa do pai viveu sempre com mulheres mais velhas, em casa delas. Numa altura da sua vida em que já era acompanhado há alguns meses no então CAT, abandonou subitamente o tratamento e foi para Espanha à procura de emprego; diz que sempre foi impulsivo. Em Espanha não fez consumos de substâncias mas ao voltar a Portugal recaiu. Na sequência de um conflito com a companheira com quem vivia então (também utente da ET), voltou à casa do pai. Encontrado pelo pai a injetar-se no seu quarto, foi posto na rua onde viveu três dias. Pediu ajuda à Equipa de Tratamento e pouco depois juntou-se à sobrinha da anterior companheira, também ela utente da ET, com quem passou a viver e de quem tem um filho. Desempregados, vivem com o Rendimento Social de Inserção de ambos e com a ajuda de familiares. Há uns meses, o Diniz aceitou o pedido de um primo para guardar em sua casa um saco com armas. Foi descoberto pela polícia e foi preso. Está em prisão domiciliária há três meses; vem à entrevista com pulseira eletrónica na perna, com autorização da polícia. Tem hepatite C. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e é acompanhado pelo enfermeiro há dois anos e um mês.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Diniz)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se tomada a cargo	Eu tou com o enfermeiro, pelo que eu me lembro...pelo menos três, quatro anos já tou com o enfermeiro. É só com ele. Pedi-lhe ajuda e ele, de vez em quando vem cá às consultas, para falar comigo, apoia-me...todos os assuntos que eu tenho é só com ele.
	Sentir-se procurada	Ele liga-me sempre. Quando não é ele é mesmo aqui as doutoras. Ele deixa recado e elas ligam “Olha, tens consulta com o enfermeiro para o dia tal”. “Sim senhora”. E venho cá. As vezes, quando ele tem qualquer coisa, quando ele vê que eu já tou sem consulta há muito tempo, já, por exemplo, posso tar um mês sem vir à consulta. Ele como eu já tou há muito tempo e ele quer saber alguma coisa de mim, como é que anda a minha vida, como

		<p>é que tá, ele liga-me, ou para o meu telemóvel, ou...para casa, a perguntar “Como é que és? Olha lá, precisamos marcar alguma consultita? A saber como é que tu andas, como é que não andas. A gente já há muito tempo que não se vê, nunca mais marcaste consulta, nem nada. Pode ser?”. “Pode ser”. “Vai já ficar a consulta marcada, quando vieres buscar a metadona, tá aqui o papelinho”. Ele faz isso.</p>
	Sentir constância na relação	<p>Venho normalmente de duas em duas semanas...é conforme. Agora ele marcou-me já para a semana que vem. Eu sinto que é suficiente...</p>
	Partilhar o controlo sobre os encontros	<p>Houve uma vez que eu fui ao hospital com o meu filho que ele tem uma alergia, o menino, e ele tava lá de serviço. Eu entrei e vi-o, depois disse-lhe “Precisava de marcar uma consulta consigo, pronto de falar consigo, sobre lá o tribunal e coiso...” Ele disse “Ah, atão pronto, olha, eu amanhã ou depois de amanhã eu ligo-te, para marcar a consulta para dia tal...”</p>
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	<p>...se for da parte de coisas assim com a segurança social, já marco com a assistente social. Mas às vezes marco com o enfermeiro. Depois falo com ele, explico-lhe a situação e ele deixa tudo escrito aí, ele escreve tudo o que eu falo, fica tudo aí escrito e depois deve comunicar, não é? Com a doutora, explicar o que se passa, o que não se passa, que ela depois marca-me o dia. É assim que se trata. O enfermeiro já me falou, que às vezes falam...quando às vezes tem que me mandar a algum lado, ele diz que tem que pedir autorização aqui ou acolá...tem que falar com a doutora assistente social para isto ou para aquilo. Quando é alguma coisa que não pertence a ele, ele “Isto não é comigo, mas deixa tar, que eu falo com a doutora e ela depois há de marcar uma consulta contigo”. Eles falam uns com os outros. Uma vez que eu tive aí consulta com a assistente social, era ele (o enfermeiro) e ela. Tão a quer-me ajudar. Fico contente. Tou a ver que tão, pronto ficam, interessados em ajudar uma pessoa, não é?</p>
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	<p>Eu tinha uns processos em tribunal...que um primo meu tinha-me pedido para eu guardar umas armas. E eu às vezes precisava de qualquer coisa, uma declaração daqui, ou da assistente social...e ele (o enfermeiro) tratava-me disso tudo, falava com as doutoras...depois tinham reuniões comigo, pronto, consultas... (...) Começaram a ver que tava tudo bem, comecei a entregar os papeis em tribunal, viram que tava tudo, telefonavam para cá, pediam para verificar tudo, tava tudo em computador, tava tudo bem...Eles compreenderam-me e até hoje, até os testes que faço está tudo bem, sou vigiado...tudo bem...até hoje, e não torno a querer nada com isso.</p>
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se controlada	<p>E tem corrido tudo bem, graças a Deus. Já me fez o teste da Sida. Tá tudo bem. De seis em seis meses faço exames a tudo. Marca-me as análises para fazer, de vez em quando, de seis em seis meses ou de quatro em quatro meses Tinha apanhado a hepatite, hepatite C, ou que é, ele diz que está estável, que tá fixe, que tá boa. (...) (Para reduzir a dose de metadona) eu tenho que pedir autorização ao enfermeiro. E ele, “Então pronto, vamos lá a a ver como é que tu tá, se tá tudo bem”. Para dizer se tá tudo bem, se não tá tudo bem, com os testes, com tudo, pergunta aos outros enfermeiros. E então ele disse “Bom, então vamos experimentar reduzir, pronto”. Reduzimos. Ele dá a ordem.</p>
	Sentir-se sustentada	<p>Mas pronto é um bocado difícil tar preso, não é? É um bocado difícil. (O enfermeiro) dá-me apoio, porque eu às vezes, chego aqui, não é? Tou saturado, começo a dizer a ele, “Eh, senhor enfermeiro, porra tou saturado de tar em casa, tantos dias fechado, porra, isto e aquilo...” e ele começa-me a dizer “tens que ter calma, isto também já tá quase a chegar ao julgamento, o julgamento não é mais que um ano, eles vão ter que te chamar...depois a partir daí vais ver, como é que vai ser, como é que não vai ser e coiso...” Pronto. Tenta-me animar.</p>
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	<p>Consumia heroína...e...de vez em quando, muito raramente de vez em quando, era cocaína. Muito raro, mesmo. Eu normalmente, tava a heroína, mas era junto com um comprimido. Que é o Dormicum...juntava. E dava com seringa... comecei a consumir todos os dias...</p>

	Compreender as consequências dos consumos	...comecei a ver, que não era vida para mim, que já tava a ter uma certa idade, via amigos meus já com filhos e casa própria, casa deles e tudo, tavam a fazer a vidinha deles, tavam bem...
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Procurar controlar externamente os consumos	Entretanto fui ter com a minha ex-mulher, pa tentar me reconciliar também com ela, falei com ela, ela aceitou tar junta comigo e viemos os dois cá...e eu meti-me cá a mim, falei com o enfermeiro se podiam dar uma ajudinha a ela também, que era minha mulher...e consegui-a meter cá, até hoje, que ainda cá tá.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Controlar os impulsos	Eu era muito diferente...há coisa de um ano ou dois anos atrás, dois anos pelo menos atrás, era diferente. Eu é assim, eu...se ver que tenho razão numa coisa, não é? Se me chateio com uma coisa que eu veja que eu tenho razão, que a outra pessoa tá-me a chatear, a dizer outra coisa, eu...desoriento-me logo...eu passo-me logo da cabeça e é logo para a pancada e...nos últimos anos é que tenho tado...mais tranquilo, mais calmo...tenho tado mesmo melhor...também penso no meu filho, na minha mulher também não tem um braço...e eu penso nisso tudo e penso “ bom, vou voltar é para casa”, viro as costas. A minha mulher não tem um braço...e tenho um filho de um ano, e começo a pensar nisso tudo e...viro muito as costas.
	Valorizar a propriedade	Consegui ter casa, coisa que nunca tive. Já tive muita mulher mas sempre vivi na casa delas, agora na minha nunca tinha tido Eu já há um ano e tal que tenho casa.
	Redefinir-se no contexto social	Arranjei trabalho, até há um ano atrás. Acabou-se o trabalho e agora tou a receber o rendimento mínimo. Agora levo a metadona para casa, tenho a minha casa, tenho a minha mulher e tenho o meu filho. E até hoje tenho tado bem assim.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Criar espaço para os outros	O enfermeiro começou-me a aconselhar, que era melhor eu parar, porque eu por duas vezes fiquei sem levar metadona, e ele aconselhou-me, tentou me ajudar, de eu parar com isso, porque se não ia parar de vez de levar metadona para casa e que isto não era vida para mim...que a minha mulher tava grávida, já na altura já tava grávida, que é para eu ter juízo...até que eu comecei a pensar...na vida, e disse para ele “Você tem razão...”.
	Passar a cuidar dos outros	Eu mudei muito. Foi muita bom, ter o meu filho foi muita bom. É uma coisa que eu sempre quis. Quem trata do meu filho sou eu, praticamente. Agarro nele, lavo-o, porque ela só tem um braço. De manhã antes dele ir para o infantário eu é que o visto e tudo. Para onde eu vou ele vai sempre comigo. Faço tudo por ele, tudo. (...) Falo com ele (o enfermeiro) sobre o meu filho, sobre quando este tiver dois, três aninhos, quando vir que a minha vida tá melhorzinha...pronto, tentar fazer uma menina, gostava de ter uma menina, pronto, um casalinho.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentimentos de ambivalência	Tou-me a sentir bem. Vou reduzir (a dose de metadona), para largar...a semana passada, não foi esta semana que passou, a outra, reduzi. Falei com ele, “senhor doutor (enfermeiro), veja lá se pode...reduzir mais...pelo menos dois e meio, ou cinco, para experimentar, para eu ver se...se também paro com isto, tou farto disto já”. Que eu já tou mesmo saturado também disto, quero ver se também largo isto que eu não quero voltar mais à vida que tinha, não. Eu já disse a ele que esta semana agora não quero ainda reduzir, que eu ainda não tou em forma para reduzir, que eu tenho medo posso-me sentir mal...ele disse logo “Ainda bem que avisaste, que é para a gente saber o que se passa e o que não se passa” (...) Disse a ele esta semana para não reduzir!
	Resistir a separar-se	Depois, mais para a frente logo a gente vê. Se tiver...bem, no meu sistema, não é? Se eu me sentir bem, e tudo. Não quer dizer que eu não venha às consultas. Que eu até gosto bastante que isto no CAT é uma ajuda que a gente também tem para tudo.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Diniz)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O modificar o padrão de relação com a substância
O valorizar as mudanças
O ligar-se aos outros
O projetar-se no futuro

“A vida de...de tóxico a gente não tem paz. É aquela lufa-lufa todos os dias, roubar, enganar, a arrumar carros (...) para arranjar dinheiro...heroína e cocaína...e é a degradação e é tudo.”

Com trinta e sete anos de idade, o Pedro tem uma longa e sofrida história associada ao consumo de substâncias psicoativas. Aos dezasseis anos iniciou consumo de heroína fumada que passou a injetar com vinte e cinco. Cedo começou também a fumar cocaína e a consumir benzodiazepinas. Solteiro e com o nono ano de escolaridade, chegou a trabalhar como eletricista, mas não se conseguiu manter no trabalho. Tem um conflito antigo com o pai que o mandou embora de casa. Não contacta com os dois irmãos e viveu sozinho na rua durante vários meses. Partilhava seringas e tinha relações sexuais com toxicodependentes prostitutas sem preservativo. Desde há quatro anos seropositivo para VIH. Com tuberculose pulmonar adoeceu gravemente, foi internado no hospital e, desde aí, acolhido numa associação onde esteve intermitentemente, voltando à rua por períodos. Foi encaminhado para a Equipa de Tratamento pelo médico do hospital. Ao início os outros utentes afastavam-se do Pedro que, sujo e muito magro, comia na sala de espera as crostas de várias feridas que apresentava nos braços. Passou a ser acompanhado pela enfermeira há um ano. Iniciou Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e foi encaminhado para uma Comunidade Terapêutica onde conseguiu permanecer oito meses. Desempregado, recebe o Rendimento Social de Inserção. Atualmente está curado da tuberculose e voltou a viver na associação. Diz-se *“cansado, mesmo cansado de...desses ritmos que acabam por não ter nada, ou seja o que a gente ganha com isso...não ganha, só perde. Que eu tou farto de perder.”*.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Pedro)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir a ausência inicial de ligação	Entrei em setembro. Não havia era tanto contacto...“Como é que se sente, como é que está...tá a tomar X de metadona, como é que se sente...”. Resumia-se um bocado aí a conversa, só no estado de saúde.
	Sentir-se tomada a cargo	Completamente degradado. A nível físico, a nível psicológico, tava...completamente de rastos. Não via perspetivas nenhuma de...de nada. Sentia-me completamente perdido. (...) Aqui a enfermeira apanhou-me mesmo...em baixo.
	Sentir-se procurada	Falar por falar, desabafar...a dor continua lá. Aqui é diferente. Falo, desabafo e analisamos as coisas em conjunto. Há as opiniões...trocamos muitas informações e conversamos muito. É falar...querer saber o que vai lá dentro. (...) Falou-se em tudo. O pai e a mãe, como é que é, como é que não é. Como é que tamos? Falaste com os teus pais, ou não falas-te, ele falou contigo...o que é que você tem de ir tratar de médicos, disto, daquilo...problemas normais do quotidiano, da vida das pessoas, e consumos não se falou. Como é que vão os consumos, e...a cabeça tem pensado, não tem...não.

	Sentir-se tomada em conta	(A redução da dose da metadona) fui eu que propus. Falou-se na altura sobre isso, fez-se e agora durante uns tempos vai tar assim...que é para eu também me conseguir mexer, vá, tar bem, para não tar a arriscar, para eu poder tratar também destes assuntos todos, ter mobilidade física para me mexer. Mas é uma coisa que não é prioridade. Quando for prioridade vou pensar nisso. Neste momento não é. Depois, vá lá, sofrer um bocadinho, se tiver que sofrer, e começar a fazer a redução. Depois já das coisas tratadas...
	Sentir-se compreendida	(A enfermeira) é uma pessoa que é interessada e põe-se muito no...no meu lugar. Põe-se muito do meu lado...ou seja, ela não vê só o lado técnico, vê também bastante o lado...o lado pessoal, os sentimentos...vê isso tudo. E isso ajuda-me imenso e eu consigo, acabo por conseguir falar e desabafar.
	Sentir que afeta emocionalmente o enfermeiro	É...ainda agora tive a chorar e...é vir a chorar e...e sente-se que do outro lado também, eu sinto, que lhe toca...e que sente...
	Confiar-se ao enfermeiro	Acaba por ser um género de um alívio...quando saio daqui disse tudo...o que vinha cá dentro, o que...me tá a doer...e tentou-se acima de tudo não foi só dizer, há o dizer mas é sempre para arranjar solução. Para as coisas...pode não ser no imediato, mas tenta-se e depois isso faz eu ter esperança e ter vontade de continuar. E pronto, e dá esse ânimo e não aponta o dedo, pronto. Não critica, não, pura e simplesmente.
	Sentimentos de ambivalência sobre a relação	É um bocado uma muleta que eu tenho e que...é assim. Há que ser usada, essa muleta, isso é uma questão de interesse, não é? O meu interesse é ficar bem, o interesse da enfermeira é pôr-me bem. Não é que eu esteja bem. É o trabalho dela...e acima de tudo também é...é a autoestima dela que...que se eleva, não é? Sabendo que conseguiu alguma coisa, não é? Pronto, é lá a sua vitória, não é?
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Saber que tenho aqui alguém que tenta-se conciliar as consultas com o vir buscar as tomas de metadona, que eu ando mal financeiramente neste momento, não é? “Dava-lhe jeito? Dá-lhe jeito...este dia? E a esta hora, dá-lhe jeito?”. (É) a forma de eu num dia levantar logo duas coisas. É como conciliar a consulta com o médico, no hospital, com a consulta aqui...ajuda-me nesse aspeto. Podia não lhe interessar. Pronto, não, compreende e tenta-se fazer a coisa dessa maneira...o que para mim é...é ótimo.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Venho aqui e em três ou quatro dias arranjam-me logo um centro para eu ir. “Já temos uma comunidade para si”. Senhora enfermeira...mas religiões não. Pode-se fumar? “Pode”. Pronto. (...) Se não fosse ter o apoio aqui e ter ido pá comunidade terapêutica...ah...sinceramente não sei se taria aqui hoje.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	Oito meses...por um lado obriguei-me a isso...ela também chegou a lá ir...visitar. (Falava com ela) pelo telefone e quando tinha consultas. Depois tinha aquelas paranoias, era muito à regra, era muito rígido. E eu cheguei aqui e a enfermeira assim: “Vai-se aguentando ali...você se sai dali vai para a rua...e no seu estado de saúde não dá para estar na rua...se quiser ir para a rua...não lhe dou uma semana...ou você está numa cama do hospital no último...ou não deixa a Comunidade. Vá-se aguentando ali, olhe pianinho e coiso. Vá ficando...deste lado tamos a tratar disto”.
	Sentir-se valorizada	(Quando saiu da Comunidade Terapêutica). Eu não me esqueço da frase dela “Oito meses...já é alguma coisa...muita gente não tinha aguentado e você aguentou. Você aguentou oito meses! Já é alguma coisa. Conseguiu tirar alguma coisa para seu proveito?”. Tava um bocadinho mais gordo. Tomei de manhã (a metadona) e depois estudou-se a forma da metadona, como é que seria melhor, fazer a redução...”Vamos experimentar assim...”.
	Sentir-se reasssegurada	Encaro as coisas de outra forma, ganho segurança nas coisas que faço. Não faço coisas a tremer. Dá para eu ganhar segurança...e sinto-me mais seguro... ela até me disse “Telefona-me...seja lá o que for. Se eu não tiver, alguém há de tratar o seu problema”. (...) ...parece que sinto segurança. A enfermeira ainda não entreviu diretamente. Ou seja, tá um bocado backstage.
	Sentir-se reforçada	...continua a dar-me força: “Você...tá a ganhar coisas...não vê o seu pai a mudar? Tá a ganhar coisas.” E eu digo “Eu parece que não tou a fazer

		nada...". "Não, não, você tá a ganhar coisas...não são é palpáveis agora...mais tarde irão ser, de uma forma ou de outra, irão ser. Agora não são. Você já fez muito. Para o seu pai você pode não ter feito nada,...agora já fez muito".
	Sentir-se orientada	E às vezes temos aqui consultas...a falarmos...a fazer retrospectiva...e a enfermeira com a paciência dela...vamos fazer assim, assim, assim, assim. Primeiro vai aqui, depois de tratar disto, vai aqui...se eles quiserem informações, você vai ter com o doutor (nome do médico), ele faz um relatório com as informações sobre o seu processo, volta ao outro médico...
	Sentir-se confiável	Sinto que cada vez mais a enfermeira tem mais confiança em mim. (...) Ela sente...essa confiança e sente que eu tenho vontade de fazer as coisas. Tou é limitado, pronto, há situações que tou limitado e não...não consigo fazer-las porque tou limitado. (...) ...ela confia que eu já não tenho consumos. Ela sente que eu já ultrapassei isso.
	Sentir-se chamada a participar	Eu posso dizer que aqui veem a parte humana. É bom, a gente gosta de saber que há alguém que diz "Sim senhora". É capaz de dizer "Tens que tratar disso e veja lá..." ou seja, não me repreende, faz-me é ver...as coisas de outra forma "É assim, se você não fizer, você é que vai sofrer as consequências. Se não tratar destes papeis agora, vai tratar mais tarde, quanto mais tarde tratar, mais tarde tem as consequências". Isto por causa da reforma. "A opção é sua".
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Compreender as consequências dos consumos	A vida de...de tóxico a gente não tem paz. É aquela lufa-lufa todos os dias, seja de que maneira for, roubar, enganar, a arrumar carros, seja quando é que for, ao frio...é sempre aquela coisa, aquela lufa-lufa para arranjar dinheiro...heroína e cocaína...e é a degradação e é tudo. Completamente degradado. A nível físico, a nível psicológico, tava...completamente de rastos. Não via perspectivas nenhuma de...de nada. Sentia-me completamente perdido. Tava a caminhar para a destruição...mesmo. Eu sou seropositivo e a nível de doença tava...não conseguia andar, tava...super magro...tinha montes de feridas.
	Elaborar as perdas	Estou cansado, mesmo cansado...desses ritmos que acabam por não ter nada, ou seja o que a gente ganha com isso...não ganha, só perde. Que eu tou farto de perder. E agora...é assim, não, eu já não quero ganhar nada...seja a nível de...de monetário, ou seja lá o que for...material, vá lá.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do presente	Uma coisa que eu aprendi é assim, podem dizer muita coisa, umas certas e outras erradas, tens que tirar é o que faz proveito, para o teu bem-estar, para o teu futuro. (...) As coisas estão a andar e...a gente gostava que andassem mais depressa, mas estão a andar...e tou contente claro, mas por outro lado também sei que a culpa é minha.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Experienciar o autocontrolo sobre os consumos	Já não vai por aí, já não, não...isso acho que é um problema que nunca tá ultrapassado por completo mas...noventa e tal por cento tá...tá ultrapassado. Acho que ganhei um bocado de raiva, um bocado ao vício. Eu pensar na heroína ou pensar numa bicicleta, é igual. Não me afeta. Não me diz nada, eu não tenho aquele pensamento...a pedra da coca...não, sinceramente não me afeta.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Manifestar novas necessidades	Os meus consumos já não me dizem nada. Para além de não os poder fazer, também não os quero fazer mais. (...) Agora tenho é outros problemas...mais graves...a minha saúde é...tentar levantar-me o mais que puder, e o mais que conseguir fisicamente e psicologicamente para poder ter um bocado de paz na vida...que foi aquilo que eu nunca tive...na vida.
	Autocuidarse	E agora daqui quero ver se...devagarinho sem precipitações, começo a...fazer alguma coisa...por mim. (...) Começo a ter a noção da obrigação de tomar a medicação, a tempo e horas, pronto. Antigamente tava na cama e se tinha os comprimidos ao fundo do quarto "Eia, os comprimidos...". Agora já não, "Vá, levanto-me...".
	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Sinceramente sinto-me bem, sinto-me bem quando venho aqui...não é ser engraxador ou isto ou aquilo, não...e tenho aprendido bastante. Eu tou

		diferente em diversos aspetos. (...) Sinceramente, acho que estou com mais capacidade de resistência que um tóxico. Não posso dizer que teja bem, mas não tou mal, tou remediado.
	O ligar-se aos outros	Ilustração narrativa
Variações do tema	Reparar as relações	Eu quero ganhar é a nível de paz de espírito, de sossego, de...tar bem comigo próprio e tar bem com...com aqueles que tão próximo de mim, ou aqueles que tão mais próximos de mim, como é o caso de ter a minha família...(...) hei de conseguir mostrar essas diferenças ao meu pai. Há uns meses atrás dizia “Será que vou ter tempo? Já vou ter tempo para dizer alguma coisa ao meu pai? Fazer algo que ele fique contente?”. Agora eu sei que consigo e que também tento. Sei que vou ter tempo, quero é fazê-lo da melhor forma...e não quero dar passos precipitados. Por isso é que eu vou sempre falando com ela. Vou fazer por isso, devagarinho.
	O projetar-se no futuro	Ilustração narrativa
Variações do tema	Desejar consolidar a mudança	E eu quero ver se tenho um bocado de paz e sossego agora...pá, estes anos...que tenho pela frente, não sei quantos, mas quero ver se...tenho um bocado de paz. Estou cansado, mesmo cansado...desses ritmos que acabam por não ter nada, ou seja o que a gente ganha com isso...não ganha, só perde. Que eu tou farto de perder.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Pedro)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O modificar o padrão de relação com a substância
 O valorizar as mudanças
 O ligar-se aos outros
 O projetar-se no futuro

“Infelizmente eu já ando nisto há muito tempo, já. (...) isto ao fim e ao cabo nós não andamos aqui a enganar ninguém, enganamos é a nós próprios”

O Daniel iniciou consumo de cannabis aos doze anos, álcool aos treze e heroína e cocaína injetadas aos vinte e três anos. Agora com quarenta anos, tem uma longa história de desabituções físicas, de acompanhamento noutros CAT e de recaídas. Com o sétimo ano de escolaridade, tem formação como marceneiro e trabalhou esporadicamente na construção civil. Não se conseguiu manter nos trabalhos e foi detido por furto durante vários meses. No estabelecimento prisional iniciou Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e quando saiu foi encaminhado para um outro CAT onde se manteve. Quando esta Equipa de Tratamento abriu pediu transferência por motivos de proximidade à sua residência. Solteiro e com um filho com quem contacta esporadicamente, vive com a mãe e a irmã. É ele quem agora se passou a ocupar da mãe doente, uma vez que a irmã trabalha. Atualmente tem uma namorada. Desempregado, recebe o Rendimento Social de Inserção. Na Equipa de Tratamento é acompanhado pela enfermeira há um ano e sete meses. Com hepatite C há vários anos sem tratamento, passou recentemente a ser acompanhado no hospital. Tem também uma catarata que passou a procurar tratar.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Daniel)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se tomada a cargo	Aqui, neste CAT (é acompanhado) pela enfermeira (diz o nome) há um ano e três meses, mais coisa, menos coisa. O outro era um bocado mais distante...a outra terapeuta que eu tinha, pronto era um bocado mais...mais mecânico...tava ali para fazer o trabalho dela e...eu tinha que fazer aquilo como é que era, e assim de seguida. Não havia, não sentia muita preocupação. E aqui já me dão outra importância...
	Sentir-se procurada	Geralmente, quando venho, quer dizer sento-me, não é? Ela tem o processo à frente e mais ou menos não se esquece das coisas. E geralmente quem puxa por mim é ela (risos)...por isso é que ela diz que sou um bocado fechado. Normalmente ela puxa por mim (risos). Ela é que puxa por mim...mas depois eu vou atrás. Sinto-me à vontade e pronto...e mando as coisas cá para fora.
	Sentir-se compreendida	E bate certo, as coisas que ela me costuma dizer...toca-me nos sítios...e realmente é um bocado verdade, isso. Eu começo-me a rir, é um feitio meu, eu começo-me logo a rir e tal e ela também já sabe, quando eu começo-me a rir, ela já sabe...que bateu no sítio certo (risos). Tem-me ajudado bastante (silêncio longo).
	Sentir-se identificada	É uma pessoa que eu identifico-me e consigo...eu com ela não sou fechado. Eu consigo identificar-me em certos pontos.
	Sentir constância na relação	(As consultas) são marcadas na hora, não é? Combinamos...geralmente é sempre um mês. Temos feito mais ou menos a coisa de mês a mês.
	Deixar-se habitar pelo enfermeiro	Tive sorte, por acaso...desta vez tive sorte, na terapeuta (a enfermeira) que me calhou (riso). Sinto-me à vontade com ela...é uma pessoa que...que me inspira confiança...porque pronto tem acompanhado...sabe os meus

		problemas, que eu conto-lhe, não é? Levo comigo (as conversas com a enfermeira), levo comigo. Levo comigo...
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Há (também) contacto (da enfermeira) com o meu médico de família. A propósito de tudo...mesmo para as credenciais, mesmo para eu não pagar os exames e não sei quê. O meu médico liga para aqui e vice-versa. (A enfermeira) combina com o médico. Os papéis vão ao centro de saúde, é tudo carimbado e assinado pelo médico. (Com as assistentes sociais) não tenho assim muito contacto, (as suas necessidades) não andam tanto por aí. Pelo menos até agora. Ela (a enfermeira) tem conhecimento disso tudo.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	Agora há pouco tempo até tive uma recaída. Andava bem...depois uma brincadeira, uma festa...pronto...é uma pessoa ter um azar...e perde o controle. E não fugi, foi a primeira coisa que fiz foi vir cá. Isso ela fez do princípio. Se eu precisasse de alguma coisa, era só dirigir-me aqui e...contactar com ela. Nem tinha consulta nem nada, mas precisei de vir cá falar com ela...encontra-se sempre um lado positivo...pelo menos para mim. Se fosse em (nome do outro CAT) tenho impressão que era capaz de tentar enganar ou coiso.
	Sentir-se reasssegurada	Quando tive a recaída ela deixou e ainda levei (metadona) para casa nessa altura e depois na semana a seguir, como continuei a consumir é que ela disse "é melhor vires cá por isto senão vamos ter mais...". Porque já viú, quando uma pessoa leva para casa e depois tem recaídas, as recaídas acusam nos testes, não é? Comecei a tomar cá uns tempos, que eu sentia-me mais seguro de vir cá tomar. E assim foi. Durante um mês e pico estive a vir cá tomar, a fazer tomas presenciais. Senti-me mais seguro...isto ao fim e ao cabo nós não andamos aqui a enganar ninguém, enganamos é a nós próprios. E eu senti-me mais seguro assim, em vir cá...Agora a coisa voltou outra vez ao normal...e tou a levar (metadona) para casa.
	Sentir-se chamada a participar	Ela (a enfermeira) geralmente...pronto, ela aconselha-me, não é? Mas pergunta sempre a minha opinião. E quando eu não concordo, não concordo, não é? Mas geralmente estamos sempre...em sintonia. (Quando por sua vez faz uma proposta) ela também está receptiva a isso, sempre. Tanto mais que vai haver aí um programa de desenho e pintura e coiso e...e estou a pensar seriamente em aderir a isso.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se honesta consigo	A minha própria maneira de estar...tá um bocado diferente. Sabe que isto tem consequências, não é? Tanto em casa, como ao nível pessoal...em todos os aspetos, que é mesmo assim...e desde que estou aqui...a coisa tem ido diferente. A maneira de estar é outra...e já não me engano. Eu já não consigo esconder as coisas...eu digo o que tenho a dizer as coisas na hora...mais facilmente...não me engano...que eu andava-me a enganar.
	Autocuidarse	Agora o imperativo para mim é tratar a vista (uma catarata) e é tratar isto do fígado (hepatite C). Tou para tomar conta de mim. É mesmo assim. Agora preocupo-me mais um bocadinho, comigo...foi uma das coisas que aconteceu, que mudaram, foi isso. Comecei a preocupar-me um bocado mais comigo. Agora naquela altura um gajo é novo, não acontece nada e as coisas não são bem assim.
	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Sinto-me bem. É andar bem-disposto, não ter a cabeça a mil, não...não haver aquela rotina...ter tempo para tudo e mais alguma coisa. Porque nessas alturas não se tem tempo para nada. Sinto-me bem e acho que desta vez é que a coisa vai mesmo.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Passar a cuidar dos outros	Eu atualmente não tou a trabalhar, há coisa de seis meses que não tou a trabalhar. Tou em stand by porque quero tratar primeiro dessas coisas...do fígado e da vista...e ajudar a minha mãe. A minha mãe, é uma pessoa que já tem setenta e sete anos...tem diabetes, tem arteriosclerose...pronto, já não está capaz de tar sozinha. A minha irmã vai trabalhar durante o dia e eu é que fico em casa a tratar das coisas. E eu é que tenho que... cuidar disso tudo. É gás aberto, às vezes é a água...é delírios. Ela fez por mim, agora tenho que fazer por ela, não é (risos)? Seria um problema...se isso tivesse acontecido nessa altura (em que consumia). Mas eu preciso trabalhar, não é? Que é coisa que brevemente devo começar de certeza. Estou à espera...e isso aí vai ser um problema, porque...depois...ela não

		quer ir para um centro de dia...sozinha também não pode ficar...e eu tenho que estudar isso aí, eu e a minha irmã.
	O projetar-se no futuro	Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Desejar consolidar a mudança	Sinto-me uma pessoa mais aberta. Espero chegar ao caminho certo...depois nem sequer tomar metadona e...fazer a minha vida normal, não é? A enfermeira conhece os meus projetos. As coisas estão a andar...devagarinho mas estão a andar. Tou melhor, tou melhor. Falo com uma certa alegria porque...sinto-me bem e sinto que é uma pessoa que me tá a ajudar. E acho que desta vez vai lá. Já tenho um bocado de experiência nisto. Com isto tudo uma pessoa vai tendo experiência. Não sou novo. Estou em bom caminho...já andei bastante.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Daniel)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O valorizar as mudanças
 O ligar-se aos outros
 O projetar-se no futuro

“Cheguei a uma degradação na vida que você não faz a mínima ideia. (...) Aquela ressaca malvada que aquilo leva-nos quase à morte. A mim levava, de certeza, a mim levava, levava.”

Com cinquenta e quatro anos, é o mais velho dos participantes no estudo. Foi combatente no ultramar onde acentuou consumos de álcool e deu início a consumos de heroína e cocaína EV muito depois disso, já aos trinta e dois anos de idade. Sobre isso diz *“porque...era o álcool, por causa disto, por causa daquilo...uma decepção...eu sei lá. Não vou arranjar essa desculpa...foi uma fuga? Não, não foi. Não foi propriamente uma fuga à realidade.”*. Bate-chapas, passou a consumir diariamente para não sentir a ressaca e conseguir trabalhar. Diz *“cheguei a uma degradação na vida que você não faz a mínima ideia”*. Fez duas tentativas de deixar os consumos *“a frio”* e *“cheguei à conclusão que não conseguia sozinho, não conseguia”*. Procurou ajuda na Equipa de Tratamento logo que esta abriu. Na altura foi acompanhado por uma psicóloga e iniciou Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos, que mantém. Tem o primeiro ciclo de escolaridade, é casado, vive com a esposa e dois filhos e trabalha irregularmente numa oficina como bate-chapas. Passou a ser acompanhado pela enfermeira há um ano e seis meses. Apresenta perda de dentes e várias cáries em estado avançado que associa ao consumo de metadona.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Josué)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se procurada	Ela chama-me...vamos lá conversar, se estou bem...como é que eu ando...se não há problemas de maior...
	Sentir constância na relação	Até à data tou com a enfermeira. Creio que está muito bem entregue, a situação. De vez em quando tenho consultas. Eu venho buscar os frascos e marco, se ela estiver presente eu marco. Ou então deixo um aviso...se ela não estiver, deixo um aviso: preciso de uma consulta. Na data em que ela vê, pronto, a gente vê em acordo, numa data que não me faça transtorno a mim.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Tenho uma coisa comigo em relação à metadona que foi a cárie. Tinha os dentes que era uma categoria, chegaram-me a cair os dentes. Não imagina o que eu senti quando me caiu um dente. Já falei disto à enfermeira, tenho que tratar da boca, que isto está uma desgraça. É com ela, ela está apta a fazer isso.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se controlada	Em relação ao meu tratamento, sinto-me bem...as análises aqui são o rastreio à urina. As análises ao sangue já não é aqui. Passam-me então as credenciais, não é? Passam-me as credenciais com as análises que são necessárias fazer...e isso é combinado com a enfermeira. Se eu precisar de fazer umas análises ou qualquer coisa mais...ela passar-me-á as análises e o que for necessário. Uma vez, duas no ano, é conveniente fazer. Não que procure alguma coisa, mas gosto de saber como é que estou, para a idade

		que eu tenho...mas pronto, gosto de saber como é que estou. Como é que está o sangue, como é que está a situação.
	Sentir-se sustentada	Mas esta luta é tão grande...você está a ver, você é filho e no espaço de dois anos perde pai, perde mãe, perde uma sobrinha, perde os irmãos todos...fiquei completamente de rastos. Se não fosse a enfermeira era capaz de ir para aí tomar um bocado daquilo ou meter-me naquilo, ou sei lá, pá. Podia ter acontecido, ou no álcool. A gente devemos falar disso, de tudo. A vida continua. Meti uma pedra em cima daquela situação. Custou-me pronto. Eu levantei-me. Há pessoas que não, também estão na merda. Alguns estão presos.
	Sentir-se chamada a participar	Mas estou a reduzir (a metadona). Vamos reduzir agora quatro ou cinco milímetros, passamos assim por uma fase...eu proponho à enfermeira, é combinado. A redução é combinada. Nunca me aconteceu pedir para reduzir e ela dizer que não. Pelo contrário, ela pergunta se eu preciso de alguma coisa, veja lá... Não, eu tou bem.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	O problema que eu tinha diariamente para arranjar as doses e todas essas porcarias, e todos esses problemas que advêm daí, do vício, pronto, nós ganhamos um vício tal que depois já não é só o vício, aquilo chega a um ponto onde já não é para nada, é só para nos tirar o problema de sentirmos dores no corpo, não é? Aquela ressaca malvada que aquilo leva-nos quase à morte. A mim levava, de certeza, a mim levava, levava. E há medida que o tempo vai passando nós vamos aumentando a dose, não é? Pois, que aquele bocadinho já não dá...depois outro bocadinho já não dá, e etc...por aí fora...e vamos aumentando, aumentando...chega aquele dia que...eu vou fazer isto tudo e pronto, acabou-se.
	Compreender as consequências dos consumos	Cheguei a uma degradação na vida que você não faz a mínima ideia. (...) Eu já, para poder trabalhar, eu tinha que tomar isto logo de manhã, se não era impossível, onde é que eu me levantava para ir trabalhar o dia, no ramo automóvel, como eu trabalho...sou bate-chapas. O dinheiro que ganhava era todo para bater.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do passado	Eu já atravessei problemas, a vida é assim mesmo, mas não, não preciso de mais nada para enfrentar a minha vida...não vou agora agarrar-me a isto e aquilo. Foi uma fuga? Não vou arranjar essa desculpa. Não, não foi. Não foi propriamente uma fuga à realidade. A realidade é mesmo largar isto para entrar numa situação que...separar isto da minha vida. E falo isso com ela.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Redefinir-se no contexto social	Voltei à minha vida normal...e até hoje...sinceramente. Bom...força de vontade também conta, penso eu. Um indivíduo tem que ter força de vontade para largar isto, como eu tinha e tenho.
	Manifestar novas necessidades	Pronto, a minha vida está regularizada, só precisava era de ter uma vida mais sossegada e acabar com isso e voltar ao meu trabalho, automóveis, sempre gostei, transformá-los, arranjá-los, que eles não se queixam (risos). Vamos lá a ver se não me falta as forças até uma certa idade, eu não me estou a ver encostado aí num jardim a jogar às cartas.
	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Eu penso que não tenho problemas nenhuns em vir e ver heroína ou cocaína ou sei lá...aquilo já não me diz nada, não me diz respeito nenhum, nada, nada, nada, até pelo contrário, tenho um amigo até coitado...mas não quer dar a cara e não vem cá. Eu digo-lhe "é pá, tu vai lá...podes ir ao CAT, falas com as pessoas...não custa nada...". Eu vim sozinho. Para mim foi muito bom, muito bom, muito bom. E quanto mais idade, mais eu tenho consciência disso, não é? (...) Pronto a minha situação como você já viu, sou um doente que sinto-me bem.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentimentos de ambivalência	Para matar o vício trabalha-se, olha, dá-se ao cabedal, como se costuma dizer... Eu às vezes estou a pensar sobre (a recaída) e penso "mas o que é propriamente a recaída?". Há aquele bichinho. A recaída por vezes não é que um indivíduo precise...vai ao encontro daquilo porque quer sentir novamente o...deixa lá ver... Há aí um certo bairro onde vão comprar a dita "branca"...e eu...não aceito. E eu "é pá, olha lá, mas qual é a tua ideia?", eu assim para eles, não é? "Tás-te a matar, tás-te a matar aos poucos pá. Tens necessidade disso pá? O problema tá na cabeça. Tu

andavas tão bem, pá...”... Se eu não bebo álcool, também já não vou para a recaída. Eu não sou melhor que os outros, atenção, que eu estou para aqui a falar e não sou melhor que os outros. Mas...

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Josué)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O valorizar as mudanças
O projetar-se no futuro

“Os problemas da minha vida têm sido sempre é os consumos.
O resto vem por causa dos consumos”

Começou a consumir heroína e cocaína aos quinze anos, tendo sempre sido esta última a sua substância preferencial, que chegou a injetar. Tinha dezasseis anos a primeira vez que entrou num centro de recuperação. Com o segundo ciclo incompleto, esteve empregado por várias vezes, mas a incapacidade para se manter e o elevado preço das drogas que consumia fizeram com que se passasse a dedicar aos assaltos. Na sequência, esteve detido durante quatro anos por furto, roubo, assalto à mão armada e tentativa de homicídio. Iniciou Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos no estabelecimento prisional e quando saiu foi encaminhado para a Equipa de Tratamento. Recaiu, fez tratamento numa comunidade terapêutica mas voltou a recair de novo pouco depois. Solteiro, tem uma boa relação com a mãe e com a irmã, mas vive só. É seguido no hospital por ser portador de hepatite B e C e seropositivo para VIH. Desempregado e a consumir, voltou a procurar de modo próprio ajuda na Equipa de Tratamento. Por proposta da enfermeira fez um período de desintoxicação física no Centro das Taipas. É desde aí acompanhado pela enfermeira há um ano e três meses e voltou a estar em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos. Tem na atualidade trinta e seis anos. Continua desempregado e passou a receber o Rendimento de Inserção Social.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Samuel)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se procurada	Tenta saber como é que tem sido... por exemplo, agora da última consulta até esta, como é que foi estas semanas que se passou. Se tive consumos, se não tive consumos...como é que era, se era espontâneo, se andava a pensar primeiro antes de ir consumir...se acho que preciso de alguma medicação, se durmo, se não durmo...se ando ansioso, se não ando ansioso, se a quantidade da metadona eu acho que é a suficiente, se não é... É isso. (...) eu acho que a minha terapeuta se visse se calhar se eu fosse um utente que não tivesse família e que tivesse na rua, e se calhar visse a necessidade de andar à minha procura porque eu precisava de ajuda, se calhar era pessoa para o fazer.
	Sentir-se reconhecida	Tem vários utentes, tem que olhar por eles, mas cada vez que venho aqui tomar a metadona, se é ela que tá ali a dar a metadona aos utentes, fala sempre comigo mais um bocadinho..."então como é que tem andado, como é que não tem andado? Se precisar de falar comigo diga..." (...). Sinto que sou um utente que se calhar já a conhece há mais tempo que alguns que começaram agora no CAT e que se calhar não tem tanto conhecimento da vida deles. A mim já tem se calhar um bocadinho de conhecimento mais...mas não sinto que sou diferente dos outros.
	Sentir-se compreendida	Sabe um bocadinho da minha vida. Já sabe que não sou pessoa de...que me dou em centros...sabe que mais ou menos a minha maneira de ser, para ver o que é que dá para mim e o que é que não dá para mim. O que ela me deve aconselhar a fazer e o que não me deve aconselhar a fazer.
	Sentir que afeta	Já houve boas notícias, aconteceu poucas vezes (sorri). É bom, a pessoa vê

	emocionalmente o enfermeiro	que eu tou a fazer alguma coisa. Ela mostra...nota-se. Como também quando chego aqui mal, com um problema, também se nota que a pessoa fica desiludida...que fica assim um bocado coiso, por ver que as coisas estão a correr mal. Houve uma altura, a primeira vez que comecei aqui a tomar metadona as coisas começaram a correr tudo às mil e uma maravilhas, desde montei um negócio e tudo e tirar a carta e...as coisas estavam a correr tudo bem e a pessoa tava a ficar "Eh Samuel, então agora começou com isto, você é uma pessoa que em pouco tempo conseguiu isto tudo e correu bem...", depois de um momento para o outro veio tudo por ali a baixo no espaço assim de três a quatro semanas...a pessoa ficou assim (sorriso triste) "Como é que é possível isto ter acontecido"...fica assim um bocado...e nota-se, notou-se que ficou.
	Experienciar os cuidados como dádiva	Não sei, é a profissão, o ofício, o trabalho da pessoa...às vezes empenha-se se calhar mais do que...não tem nada a ganhar, também não tem nada a perder e preocupa-se. E é uma pessoa que não conhece uma pessoa de lado nenhum, que apareceu aqui a pedir ajuda e...às vezes a gente que andamos lá fora lidamos com tanta gente e qualquer coisa querem sempre qualquer coisa em troca, não há nada de borla, seja o que for, tem que pagar...em troca disto...e a pessoa aqui acho às vezes que a terapeuta ou a enfermeira ou quem tá ali daquele lado...neste caso a minha terapeuta...dá e não pede nada. Às vezes só pede que eu..."Samuel, veja lá, não consuma, olhe pela sua vida...tá nesta situação assim, tá naquela situação assado...e agora desta vez veja lá se consegue...". É isso que eu vejo...não nos pedem nada em troca. Aqui dão ajuda sem pedir nada em troca. E às vezes empenham-se.
	Confiar-se ao enfermeiro	Eu antes de entrar aqui venho logo a pensar que a pessoa que tá ali daquele lado não tá aqui para me enganar nem para me prejudicar em nada. Portanto venho, venho a fazer confiança. Não venho para aqui com a intenção de tar a enganar ninguém. Nem venho mentir nem esconder nada, e quando as coisas estão a correr mal, eu chego aqui...e se consumi consumi, se não consumi não consumi. Não tenho nada a esconder, não tenho nada a perder, só tenho quanto mais sincero for só tenho é a ganhar com isso porque a pessoa tá a trabalhar com aquilo que eu lhe tou a dar...se lhe tou a dar coisas falsas tá a trabalhar sobre uma coisa que é mentira, não, não vai dar resultado. Portanto tenho que ser o mais sincero possível.
	Partilhar o controlo sobre os encontros	Essa é outra coisa, de cada vez que preciso de falar com a enfermeira, com a terapeuta, chego ali, peço para falar ou peço para marcar, marco. Não é hábito isso acontecer mas...já aconteceu.
	Viver os limites da relação	E com a enfermeira que me tá a acompanhar como minha terapeuta, é uma pessoa acessível, não posso exigir mais dela...até à data...não faz mundos e fundos mas...desempenha o papel dela...considero na perfeição
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Fiquei sempre com ela como minha terapeuta e como minha acompanhante e...qualquer coisa que eu precise sempre aqui do CAT...é ela que tá como a minha terapeuta. Foi sempre com ela. Sempre, sempre. Tem sido com esta enfermeira que eu tenho tado e nunca houve...nada que...não tenho nada assim a dizer, pelo contrário. Tem sido uma pessoa, aqui dentro, que eu tenho assim mais contacto. Com os outros enfermeiros tenho também, que é quando venho tomar a metadona, eles estão lá a dar a metadona...agora assim assuntos que...as consultas e assim é sempre com a enfermeira.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Depois também tenho outros problemas de saúde (...) e também me encaminha para o hospital para o meu médico, tem esse contacto...eu sei que têm contacto, um com o outro. Há coisas que ela vem a saber que não é da minha boca, tem que ser pelo...pela boca do médico. Se há alguma coisa quer saber, por exemplo a medicação que eu tou a tomar, para saber se é preciso aumentar a metadona, se não é... não desconfia de mim...mas liga para lá para saber e informa-se com o médico. Isso é normal.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	Isto nestes anos que estou aqui no CAT, as coisas têm tido altos e baixos, baixos e altos. Hoje estou assim, para a semana se for preciso estou a consumir e chego aqui...de rastros outra vez. Isto tá sempre assim...a subir e a descer. Às vezes é o sítio onde eu me agarrar para...como já aconteceu, eu tava a...consumir e tava a consumir metadona também. E foi com a

		enfermeira (suspiro)...que eu arranjei uma solução para na altura parar. Já andei aqui alturas e tava muito em baixo também. Muito em baixo mesmo...e foi aqui que dessas vezes arranjei solução para parar...com aquele sistema que eu tava a viver, naquela altura. Ninguém me aponta o dedo por nada, ninguém me acusa de nada, não tenho que ter medo de nada, nem de tar a mentir.
	Sentir-se orientada	No meu caso, o que é que posso dizer que já fizeram por mim...desde a entrada para as Taipas, o arranjar um centro, o d'outras vezes me darem centros a escolher...várias coisas...em ajudar-me...empenharem-se em ajudar-me, em terem trabalho, em arranjar uma vaga para mim para tal sítio "porque ali tas melhor, do que ali...e vamos fazer para que aconteça assim..."
	Sentir-se traduzida	Não fica satisfeita quando eu chego aqui...tava dois, três dias sem vir tomar a metadona e depois quando aparecia...ah...via no estado em que eu tava, quando aparece assim mais magro, quando aparece assim mais relaxado...barba por fazer, banho por tomar...prontos, vê-se que a pessoa...e diz "Samuel, agora você tá mais magro, Samuel você tá...anda assim outra vez...Samuel, eu já o vi assim...". E vê-se... É um aviso que a pessoa tá-nos a dar..."Olhe que vai voltar outra vez à mesma coisa...veja lá, o que é a que a gente pode fazer, o que é que a gente vai fazer para mudar isso?...Ainda há de conseguir outra vez".
	Sentir-se confiável	É acessível naquilo que lhe compete fazer...não tem a obrigação de me andar a ligar...a saber se consumi, se não consumi. Não é aquela pessoa que se for preciso tá-me a ligar para casa todos os dias...Samuel então, como é que tá? Hoje consumiu, não consumiu? Não...não faz isso, não é? Se calhar também não vê necessidade disso...
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Compreender as consequências dos consumos	Os problemas da minha vida têm sido sempre é os consumos. O resto vem por causa dos consumos. Eu tenho trinta e sete anos, eu comecei a consumir...a primeira vez que entrei num centro tinha dezasseis anos. A minha vida tem sido sempre a consumir drogas. Os problemas que eu tive tem sido tudo por causa da droga, de andar sempre lá metido...chegar de rastos. Chegar de rastos tipo uma pessoa tar em...em desespero...que as coisas tão mal. Fisicamente...família, tudo. O andar a consumir...o não conseguir consumir porque não tem veias para se injetar...ou levar os dias inteiros a ressacar...o querer parar e não ver maneira. É uma maneira de a gente chegar aqui de rastos. Psicologicamente e...destroçado, mesmo.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Reparar as relações	E eu falo da minha família também. Mesmo ainda há bocado falámos como é que tá a relação com a minha família...como é que as coisas estão. Agora moro sozinho. Tou com a minha família todos os dias, mas tou a viver sozinho. (A enfermeira) já teve contacto com a minha família. É fácil a terapeuta ter contacto com a minha família. Tem contacto com a minha família cada vez que precisa de ter. Mesmo ainda há bocado falámos como é que tá a relação com a minha família...como é que as coisas estão.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Samuel)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O ligar-se aos outros

A Lucinda (9)

“Tenho quarenta e nove anos mas parece que já vivi cem (...) Recaídas, recaídas. Eu acho que eu já vivi tanto na minha vida que às vezes acho que não tenho nada para descobrir.”

Com catorze anos, a Lucinda iniciou consumos de haxixe. Aos vinte e um anos experimentou e passou a consumir regularmente heroína. Fez o décimo primeiro ano e, ainda nova, conseguiu o primeiro emprego. Algum tempo depois foi despedida desse local, tal como de vários outros que se lhe seguiram. Aumentando os consumos de heroína, passou a prostituir-se durante anos. Deixou a prostituição quando arranjou um companheiro com quem chegou a viver. Fez, entretanto, vários tratamentos em comunidades terapêuticas voltando sempre a recair pouco depois. Encaminhada para a Equipa de Tratamento quando esta abriu, iniciou Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e foi inicialmente acompanhada por uma psicóloga com quem veio a ter um conflito. Quis mudar de “*terapeuta*” e passou a ser acompanhada pela enfermeira com quem está há três anos e meio. Há um ano o companheiro, que foi entretanto preso, faleceu na prisão. Deprimida, a Lucinda começou a beber álcool, sozinha em casa, e teve várias recaídas com consumos de heroína. Agora, aos quarenta e nove anos, é solteira e vive só. Tem um irmão e dá-se com ele e com a mãe. Tem também uma filha com quem contacta esporadicamente. Está desempregada e recebe o Rendimento Social de Inserção. Tem epilepsia e condilomatose, que lhe ficou como consequência física da sua história de prostituição.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (a Lucinda)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir a ausência inicial de ligação	Não me tava a dar bem com a minha antiga terapeuta e então quis mudar. Pus-me com um pé à frente e outro atrás...porque não sabia o que é que havia, não sabia o que é que ia encontrar, seria uma melhor, outra pior? Eu para falar...ao princípio era arrancar a pele...naquela altura em que estava com o pé atrás.
	Sentir-se procurada	A humildade com que ela nos trata...humildade...de nos olhar nos olhos...e a força, a força interior que ela nos transmite, que a mim me transmite...e que isso me faz sentir bem. Ela parece que absorve tudo aquilo...ela absorve a informação que o utente tenta lhe passar. Ela tenta tirar partido disso, porque cada caso é um caso (silêncio). Eu gosto. Ela tá sempre a...a insistir para que eu venha, para a gente falar um bocadinho...“Olha, mas eu tenho tempo”.
	Sentir-se compreendida	Sinto-me compreendida por ela. Conhece o meu historial todo e sabe...dos problemas todos que eu tenho.
	Sentir que afeta emocionalmente o enfermeiro	Quando venho bem...vejo que ela também fica, fica contente. Fica, parece que para ela...eu acho que a enfermeira leva isto muito a peito. (...) E ela fica contente com os meus progressos. Sinto isso nela.
	Sentir-se identificada	E é uma pessoa que é honesta, e ela também vê isso da minha parte, que eu sou bastante honesta com ela. Eu identifico-me em bastantes coisas com ela, pronto. Identificamos as duas...identificamos. Há um intercâmbio de

		aprendizagem (suspiro)...porque a enfermeira, para mim a enfermeira só lhe falta é drogar-se. Claro que eu não quero que ela o faça (riso), mas...não é só a gente ter um canudo.
	Sentir disponibilidade	Há uma flexibilidade, até nas marcações. Não é só quando temos consultas. Eu posso esperar que ela acabe a consulta e se ela tiver outra consulta...ou falo ali o que precisava de falar com ela e ela diz-me “Então olha, vem cá à tarde, vem cá à tarde...um tempo tenho para ti”. E são esses bocadinhos, são esses momentos que me agradam, que me absorvem. Caem bem.
	Sentir-se confortada	Já fiz um pouco de tudo na vida, já tou como Saramago...esse Deus, esse filha da puta, esse ganancioso...se ele existe...é muito injusto (silêncio)...(a enfermeira) dá-me muita força...eu não preciso só de medicação. Vou daqui com uma paz...uma paz interior...vou bem. Eu saio daqui mais leve. Deixo cá as minhas frustrações (emocionada). Eu posso falar de tudo, de tudo, tudo, tudo o que me vai na alma que ela tem sempre uma frase amiga, tem sempre um...gesto, uma palavra, uma palavra banal, simples...de conforto...e que isso me ajuda...
	Sentir-se comprometida	Eu sou honesta com ela porque...quando faço asneira (...) “enfermeira, eu vou fazer o teste, mas isto vai dar positivo...eu fiz asneira”. Porque eu fazia asneira e dizia assim “Eu lembra-me do seu teste...enfermeira...vou fazer o teste... mas isto vai acusar...”.
	Deixar-se habitar pelo enfermeiro	eu vou...chego lá fora, puxo do cigarro e vou a fumar devagar e...vou à beira mar, tenho o autocarro...e vou a pensar...em tudo. A nossa conversa vai no meu coração...eu rebobino a cassete e vou...ouvindo tudo o que ela me diz...levo a conversa comigo. E vou bem.
	Sentimentos de ambivalência sobre a relação	...para ela parece que é mais...não queria dizer troféu, porque ela não iria gostar que eu dissesse isso,...mas...é como o chavão: faz a tua boa ação hoje do dia, pronto. Ajuda uma velhinha a atravessar a estrada.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	A enfermeira até fala muito sobre mim à assistente (social)...e se não fala, até sou eu própria às vezes que digo para não falar. “Não fale, não fale, por favor não fale...não vale a pena porque eu não quero que ela teja a pensar que...eu sou mais...aqui somos todos iguais...devíamos ser tratados todos iguais, porque somos todos iguais”.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	Quando vai abaixo, sei que tenho o ombro dela (sorri). Tenho ali um ombro amigo. Ela não é só a minha terapeuta, não é só a minha enfermeira...é o meu ombro. É um ombro que eu tenho aqui (silêncio)... (...) Os meus projetos é que eu recupere...recupere...o mais depressa possível do problema de saúde que eu tenho...para que eu possa levar uma vida normal, como qualquer outra mulher (emociona-se)...Vejo o CAT a fazer parte disso, com a enfermeira, vejo. Sem a enfermeira não vejo...
	Sentir-se reforçada	“Tens que ter mais força...”. Ela tá-me a querer sempre a levantar o ego, sempre, sempre, sempre. Eu tenho alturas que ando mesmo...de rastos...
	Sentir-se confiável	...ela pôs-me as tomas para eu levar para casa, (...) (É) um voto de confiança bem grande. Que eu tou cá desde catorze de setembro (há mês e meio, desta vez)...muitos estão aqui meses e meses e só podem levar quando tão a trabalhar.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Tamém já tive problemas com a bebida...que é isso que a enfermeira tem mais medo...tem mais medo de mim propriamente com o álcool do que propriamente com a droga. Que eu cheguei a pontos de ir comprar bebida e ir beber para casa...porque as pessoas não sabiam. Eu até há já não sei quanto tempo é que houve aí, que eu andei bem, andava bem...(suspiro)...nem andava a beber, nem andava com consumos...e vinha cá consultar a enfermeira. Fazíamos mesmo questão de ter consulta as duas.
	Compreender as consequências dos consumos	Eu era, na minha mocidade, não sou velha, mas pronto, era uma pessoa muito hiperativa, tinha uma grande vida. E agora não...eu sou capaz de passar semanas fechada em casa. Já quase há quinze anos que ando nisto. Recaídas, recaídas. Eu acho que eu já vivi tanto na minha vida que às vezes acho que não tenho nada para descobrir. Já vivi em muitas comunidades, infelizmente...e umas piores que as outras, outras melhores

	e...psicólogos e terapeutas...
Elaborar as perdas	As coisas do passado, o passado nunca se deve esquecer para que ele nunca se volte a repetir. Mas também há certas coisas do passado que a gente...por exemplo, a morte de uma pessoa querida que nós perdemos,...são coisas que eu ainda não associei bem. (A Lucinda perdeu o seu companheiro há um ano) eu nem sabia onde é que ele tava enterrado, porque ele morreu na cadeia...e foi ela que me ajudou...a saber onde é que ele tava enterrado...e eu fartava-me de gastar dinheiro a telefonar para aqui e para ali e para aqui e não consegui. Ela conseguiu. E isso é...isso e outras coisas mais...devo-lhe muito. Era importante para mim...muito importante (silêncio)...

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (a Lucinda)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos

“Já consumi muita droga, gostei de a consumir...
É o gozo da droga. (...)
Uma pessoa quando dependa da droga é sempre prejudicado.”

O Vítor tem agora trinta e cinco anos. Começou a consumir haxixe aos treze e heroína e cocaína aos dezoito. Durante vários anos manteve consumos de heroína injetada e de haxixe. Solteiro, com o segundo ciclo de escolaridade foi, ainda novo, trabalhar para a Bélgica na construção civil como ladrilhador. Aí adoeceu gravemente com tuberculose pulmonar e iniciou tratamento para a doença. Passou também a tomar metadona. Por ter deixado de conseguir trabalhar regressou a Portugal, onde concluiu o tratamento da tuberculose e começou a ser acompanhado na Equipa de Tratamento, aderindo de forma irregular e recaindo várias vezes. Relaciona-se com a mãe e com o padrasto e vive na casa de um irmão, mas diz que *“a minha família perdeu muita confiança em mim”*. Sem trabalho, deu início a pequenos furtos e está atualmente com pena suspensa. Passou a receber o Rendimento Social de Inserção. Tem seropositividade para VIH e apresenta várias cáries em estado avançado. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e é acompanhado pela enfermeira há nove meses.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Vítor)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se tomada a cargo	Sempre que faz falta alguma coisa, vou ter com ela... tenta ajudar, ela é super prestável naquilo que pode. Ela às vezes também não pode fazer muito, não é? Mas...tenta sempre ajudar.
	Sentir-se procurada	Tenho falado de muitos temas com ela. Falado de muita coisa...falado de tudo, da vida...de tudo. Pergunta-me se tou bem, se preciso de alguma coisa, tenta sempre saber o que é que se passa pela minha casa...se a minha mãe sabe, como é que eu me dou com a minha mãe e com o meu padrasto. Houve sempre essas perguntas desde o princípio, como é que era a minha vida familiar...sempre desde o princípio.
	Sentir-se compreendida	Nem que seja uma palavra amiga, só, mais nada. Crítica não. Ela não é pessoa que fale com crítica. Nunca houve uma má palavra da parte dela. É sempre bom ter...uma pessoa que compreenda a gente. É uma pessoa...que fala meiguinho..."Veja lá não faça e..."...tentam sempre ver se ajudam nalguma coisa.
	Sentir constância na relação	Há o tal acompanhamento...se quisermos conversar há aquela pessoa que nos ouve. Já falei um bocadinho com ela de tudo...acho que sim. Já tivemos muitas consultas. Geralmente é ela que marca. Saio daqui e marca para daqui a um mês, por exemplo.
	Confiar-se ao enfermeiro	Eu sou sincero, não é? (...) Se cometo erros, sei bem que os cometo, mas...como é a enfermeira que me tá a acompanhar, digo sempre o que é que se passa, não é? E chego aqui e digo isso "Prontos...já...meti a pata na poça...". Faço o teste, dá positivo...mas digo logo "Olhe, já não consumi mais e para a semana já dá positivo". E prontos, sempre que consumo...reconheço o meu erro. E tento não voltar a fazê-lo.
	Sentir-se comprometida	Digo sempre a ela porque é que consumi. Não tenho que esconder porque acho que não há mal nenhum e acho que só me vai ajudar, não é? Assim se disser qual foi o problema ela pode-me ajudar.

	Viver os limites da relação	Acho que tenho sido sempre bem recebido. Só se uma pessoa se chegar aqui e se portar mal, começar aos gritos...Há compreensão mas também há limites. É o trabalho delas e acho que o fazem bem. Pelo menos não se vê grandes algazaras, nem se vê grandes coisas.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	A assistente social com a enfermeira, tão a ver se me arranjam trabalho aí para uma Junta de Freguesia (...)Às vezes não tá cá a assistente social e eu pergunto-lhe a ela. (A enfermeira) entra em contacto com ela (a assistente social) e dá-me um recado. Eu já cheguei aqui a perguntar o que é que se passava, mas foi com a enfermeira que eu falei sempre. "Olhe...o que é que se passa com a assistente social, ainda não me deu resposta...". A assistente social não tar e ela depois telefonar-me a dizer o que é que se passava...já ouve uma ou duas vezes.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Sei que ela (a enfermeira) fala com a assistente social e com o médico (do Hospital) também. Sempre que há alguma coisa...tão em conjunto, aliás, até o médico do hospital já chegou a telefonar para cá. Houve essa parte das reações aos medicamentos, sei que eles falaram! Tanto que o médico disse-me como a enfermeira também. Eu tive com reações a medicamentos e eles tiveram que falar uns com os outros, para saber o que é que se passava. Foi tudo feito como deve ser. Tanto da parte do médico, como daqui do CAT...
	Sentir-se representada junto da família	...a minha mãe (...) há de vir um dia aqui comigo...para conhecer a enfermeira, para dizer como é que funciona isto. Dizer que eu não ando a consumir drogas, que a gente fazemos testes todas as semanas...esse tipo de coisas. (...) Acho que se a enfermeira for explicando as coisas como ela explica, acho que ela fica a perceber...um bocadinho melhor o que é isto. É muito bom para ela ficar a saber isso da boca de uma enfermeira. É sempre bom, fica mais descansada, eu acho que sim. Mas há de vir cá um dia.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se controlada	A gente quando começa a tomar metadona dão-nos um papelinho, tipo contrato. Temos que fazer isto, aquilo, aqueloutro, se houver testes positivos acontece isto, aquilo, aqueloutro, se faltarmos a consultas...prontos, há os castigositos, como se diz. Se eu meter a pata na poça, eles...cortam-nos as rédeas, não é? Se houver um teste, como houve, o teste coiso (positivo), tinha que cá vir todos os dias! Isso eles não perdoam, há aquela regra. Enquanto o teste não der negativo, eles não dão novamente para levar para casa, há as regras não é? Vim cá todos os dias como os outros e pronto. Depois noutra semana já deu negativo, já levei para casa.
	Sentir-se reasegurada	Eu faço por ter um lugar aqui no CAT (riso). Enquanto cá andar pelo menos sinto-me seguro.
	Sentir-se confiável	Todas as semanas faço o teste, tem-me dado negativo...é melhor. São os benefícios, claro. Levar para casa e...e termos descansadinhos da vida sem ter que cá vir todos os dias é muito bom. Levo (a metadona) para casa. Venho cá uma vez por semana e levo para casa. Para mim é melhor...sentir que confiam em mim.
	Sentir-se chamada a participar	Ela tem-me ido dar essas dicas e eu digo sim ou não, se quero, e não quero. Se houver uma coisa que não me interessa, digo que não. Não é? A decisão é sempre minha, não é? Não comecei porque não tinha esse dinheiro para lá ir. E agora como tou a receber o rendimento mínimo, já posso...até vou falar com ela hoje para começar a arranjar a boca e...para ver do trabalho. Já há alguns tempos que eu tou à espera de trabalho. Isso do trabalho, olhe, "Há xis trabalho assim, assim, você tá interessado?" "Claro que sim, eu preciso de trabalho".
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Às vezes há aqueles problemas que a gente tem e...recaímos, como já me aconteceu uma vez ou duas. Recair é sempre mau...é uma estupidez, como se diz. A gente já sabe o mal que faz e sabemos (suspiro)...aquilo que é! Eu quando sei que vou apresentar um teste coiso já sei que fiz asneira. Eu arrependo-me às vezes mesmo, já quando me tou a drogar por exemplo, tou a fazer aquilo e já tou a pensar que não o devia ter a fazer, mas pronto...olha...siga.

	Compreender as consequências dos consumos	Já consumi muita droga, gostei de a consumir, não posso dizer que não. Ninguém é obrigado a drogar-se, não é? As pessoas fazem é porque gostam, digo eu. É o gozo da droga. Eu gostava de me drogar e gostava do efeito da droga...mas ao fim e ao cabo a droga vem prejudicar a vida de uma pessoa. Gastar o meu dinheiro todo e às vezes ter que...roubar ou...é sempre mau. É a parte má. Havia a parte do gosto e a parte...prejudicou-me muito a minha vida. Uma pessoa quando dependa da droga é sempre prejudicado. (...) A droga degrada...a pior parte é essa, as pessoas perdem a confiança na gente...não nos ajudam, às vezes até nos prejudicam...é essa a parte má.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do passado	Reconhecer os erros é sempre um bocado...mau, não é? É sempre um bocado difícil, reconhecer os erros...mas uma pessoa quando reconhece os erros é bom...já sabe.
	Considerar as consequências do futuro como dependente	Soube que era seropositivo...e foi nessa altura veio tudo junto e pensei "Porra se quero viver mais uns aninhos, não posso nem drogas, nem...tenho que fazer os tratamentos...tanto do VIH como da tuberculose" e foi isso que fiz. Pus na cabeça...que ia viver. É o que eu tenho feito. Foi quanto ganhei. Se eu quero cá tar...(riso) é melhor andar sossegadinho, senão...pronto. Se eu me começo a drogar pronto, de um dia para o outro, começo a ficar fraco e prontos, e vou.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Transformar-se a partir da ausência da substância	Porque as drogas...há um vício...eu chego a sonhar, durante a noite, que me tou a drogar, e pensar mesmo que tava a injetar. É uma coisa que fica cá dentro...que as pessoas raramente se esquecem. Quem se meta na droga, tem que levar com o lema, pode não se drogar o resto da vida, mas tem que levar com aquela...com aquela em cima, com aquela coisa, a droga, a droga, a droga...Fica sempre lá, marcado. É como se fosse o primeiro amor, por exemplo. Dizem que a gente nunca se esquece do primeiro amor...mas...a droga é quase a mesma coisa...fica cá marcado. Fica marcado mesmo. Nem que teja cinquenta anos sem se drogar.
	Experienciar o autocontrolo sobre os consumos	É preciso a gente ter controle na metadona. É preciso saber tomar conta dela. Tenho lá a minha metadonazinha, todos os dias tomo a minha (suspiro)...e tou descansadinho da vida, não é? Não penso em drogas, não penso em nada e sim, ajuda-me. Esforço-me sempre por portar-me bem. Temos que chegar cá e mostrar os testes bons...e temos que fazer por isso.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Manifestar novas necessidades	Tenho pena de não ter trabalho. Essa é a única coisa...que não me leva a fazer uma vida melhor. É só isso, mais nada.
	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Já recuperei e ando melhor. Agora nem bebo álcool, nem fumo nem nada. Fumo um charrinho de vez em quando, só. É a única coisa que eu faço. E também digo à enfermeira que é a única coisa que faço (riso).
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Reparar as relações	A minha família perdeu muita confiança em mim (suspiro)...deixaram-me de me falar. O meu irmão, tenho tudo o que quero dele, se eu não andar na droga. Mas se andar na droga, "Éh pá, queres andar na droga, vai-te embora, vai-te por longe de mim...". Agora...tar em tratamento para ele é a mesma coisa que não tar na droga. Tou na casa dele...abriu-me logo a porta. Na altura se eu tivesse na droga o meu irmão não me abria a porta. Desde que eu não ande na droga, ele...ajuda-me em tudo. Não era a mesma pessoa que é agora. Somos da família temos que se ajudar uns aos outros.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Desejar consolidar a mudança	A minha vida não tá muito fácil, mas...penso que vou conseguir...resolver. Pode haver uma recaída, nunca digo que não volto lá...vou tentar fazer tudo corretamente, não é? Tentar...como se diz. (...) Acho que tem é que pensar sempre em não o fazer. Tenho sido bem tratado. Vou continuar o meu tratamentozinho. Vou seguir a minha vidinha, continuar o meu tratamento, nem que seja cinco ou seis anos, ou sete ou oito.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Vítor)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O modificar o padrão de relação com a substância
O valorizar as mudanças
O ligar-se aos outros
O projetar-se no futuro

“Até ao momento em que entrei para a cadeia não tive vida.
Não tive vida, não vivi, não existi, não...para ninguém”

Aos catorze anos o Rui experimentou haxixe pela primeira vez. Durante todo esse ano consumiu regularmente haxixe e também benzodiazepinas. Aos quinze experimentou heroína e cocaína fumadas. A partir dos dezasseis passou a injetar regularmente heroína. Deixou a escola com o segundo ciclo de escolaridade e passou a fazer “*biscates*”, sobretudo na construção civil. Várias vezes despedido, começou então a fazer pequenos furtos em casa, na sequência dos quais o pai o mandou embora. Passou a viver na rua, nos parques e na estação dos comboios e começou nessa altura com pequenos furtos que se foram progressivamente tornando mais importantes. Na sequência esteve detido durante quase três anos, nos quais continuou a consumir; “*Há bastante droga dentro das cadeias...eu consumia lá dentro*”. Ainda na cadeia, acedeu a iniciar tratamento com metadona. Ao sair foi encaminhado para a Equipa de Tratamento. Desde que foi “*posto na rua*”, que o Rui não fala com o pai. Solteiro, tem na atualidade vinte e nove anos e vive junto com a companheira, que também é seguida na Equipa de Tratamento por dependência alcoólica, e com uma filha de ambos. Tanto o Rui como a companheira são seropositivos para VIH; a criança não. O Rui tem também hepatite C e apresenta várias cáries dentárias em estado bastante avançado. Desempregado, aguarda que lhe seja atribuído o Rendimento Social de Inserção. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos e é acompanhado pelo enfermeiro há um ano.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Rui)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se tomada a cargo	(Após o encaminhamento para outros técnicos da Equipa de Tratamento) E passado um dia ou dois venho aqui e encontro-o e ele pergunta-me “Atão, como é que correu a consulta, como é que foi?” Ele sente-se preocupado em perguntar “Como é que foi? Como é que correu a consulta? Correu tudo bem? Como é que foi a conversa, com a doutora ou com o doutor? E...foi tudo bem? E não sei quê...” Que ele é uma pessoa que se preocupa bastante...pelo menos da minha parte.
	Sentir-se identificada	...é uma pessoa que é o meu terapeuta, é uma pessoa da minha, mais chegado à minha idade. E...eu falo mais à vontade com ele. É uma pessoa que eu sou capaz de tar a falar com ele e até sou capaz de largar um...uma asneirada para o ar e coiso...e se calhar até sou capaz de “Desculpe lá senhor enfermeiro, saiu...” até...por respeito, porque tou a falar com um enfermeiro, é uma pessoa que estudou e eu não...praticamente não tenho estudos, tenho o sexto ano e foi tirado dentro da cadeia.
	Confiar-se ao enfermeiro	O enfermeiro só é uma pessoa em quem eu confio bastante (...) O doutor tem sido uma grande ajuda, o enfermeiro perdão, peço perdão. Eu confio, eu até lhe passo as informações se calhar a cem por cento.

O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	E é basicamente assim, eu espero mais do ET num todo com a participação de todas as pessoas, do que, do que do enfermeiro...só. (O enfermeiro é) como uma porta de entrada para chegar mais rápido...às outras necessidades do ET. Tem-me sido mais fácil chegar a outros sítios do ET através do enfermeiro. Tem-me sido mais fácil. Porque ele tem-me ajudado bastante e ele tenta-me ajudar o máximo, o máximo possível. O que pode, que ele não faz milagres. Dentro do que pode, aqui dentro, dentro do que pode, tem feito bastante aqui no...aqui no ET.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se controlada	Ao início ele disse-me “Rui queres fazer um teste?”. Eu disse “Ah, eu vou fazer um teste vai acusar isto, vai acusar isto ou vai acusar aquilo...a heroína vai dar negativa porque eu desde que tomo a metadona a heroína sempre deu negativa, mas vai acusar cocaína porque eu esporadicamente consumo...”. Não havia se calhar necessidade de fazer o teste.” “Ah...mas...fazes o teste na mesma”. “Faça, faça o teste na mesma que eu preciso do teste feito para...apontar no papel”. E o teste confirmava cocaína positivo com o segundo tracinho muito sumido, que já tinha sido há quatro ou cinco dias”. “Tu tens que deixar isso, tens que deixar isso, tens que deixar isso...”.
	Sentir-se sustentada	Descarregar um peso das costas. Descarregar um peso das costas. Venho com uma cruz de pedra em cima das costas. Venho assim (curva-se para a frente de forma pronunciada)...e quando saio daqui saio (endireita-se e respira fundo, teatralmente)...saio assim...mais aliviado, mais...mais coiso. Parece que deixei o peso em cima das costas do enfermeiro...
	Sentir-se orientada	Às vezes marca-me uma consulta, outras vezes dá-me conselhos...mesmo como enfermeiro que seja...sem psicólogo ser, tenta-me dar um conselho...dentro da sabedoria dele... daquilo que ele sabe, da experiência dele tenta-me dar um conselho.
	Sentir-se chamada a participar	E ele disse-me “Deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Eu disse-te que o topiromato, desde que tavas a tomar o topiromato nunca consumiste cocaína nos testes que fizeste. Deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Tavas a dizer que o topiromato não te estava a fazer efeito nenhum e afinal deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Como é que é a nossa situação? O que é que nós vamos fazer?”. “Enfermeiro, traga-me o topiromato, eu vou voltar a tomar.” E estou a tomar o topiromato novamente. (As decisões) são tomadas em conjunto. O que é que nós vamos fazer em relação ao...topiromato, cocaína, consumos...
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Significar a sua narrativa	Conto-lhe bastante a minha vida, principalmente as minhas dificuldades agora. (Mas) Nunca falei da minha história com ninguém. Com ninguém. (...)É um assunto que eu prefiro esquecer! Até ao momento em que entrei para a cadeia não tive vida. Não tive vida, não vivi, não existi, não...para ninguém, nem para psicólogos nem coiso. (...) Passei muitos maus bocados...quando falo nesse assunto até me vem lágrimas aos olhos, que eu dormi na rua muitas vezes...passei noites fora de casa...meti-me na droga aos catorze anos...aos dezasseis meteram-me na rua...não tinha onde viver e...dormi na estação dos comboios. Corriam comigo da estação dos comboios, os senhores dos comboios, cheguei a dormir no parque...num banco do parque à chuva, tapado com jornais...a chover em cima dos jornais e eu acordar molhado.
	Compreender as consequências dos consumos	Tinha sido (acompanhado num CAT) em dois mil e três e fui...detido por roubo, estive detido. Há bastante droga dentro das cadeias...eu consumia lá dentro...e optei por tomar metadona dentro do estabelecimento prisional. Era acompanhado por uma psicóloga que estava aqui na altura...e tomava metadona lá! Deixei de consumir heroína lá! Quando sai deixei de tomar! Nunca mais vim a consultas nem com psicólogos nem com nada. Estive bem até dois mil e nove...e recaí, na heroína, novamente.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do presente	Eu também penso e bastante, durante as nossas conversas...eu quando estou a falar com ele de um, eu quando estou a falar com ele de um problema, estou a pensar nele, no problema. Estou-lhe a dizer “eu tenho

		que me levantar muito cedo...tenho que vestir a menina, levá-la à ama, depois tenho que voltar para casa, esperar que a CAT abra, para vir à CAT, tomar a metadona...". (...) ...estou a pensar no meu problema. Estou a pensar "Tem de ser. Esta é a minha vida e eu tenho de a viver porque a minha vida é assim".
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Procurar controlar externamente os consumos	Nós estávamos quase a separar, por causa da minha situação da droga e da situação dela (a companheira com quem vive com a filha dos dois) com o álcool. Através disso trouxe ela através de mim para o CAT. (...) E está cá em acompanhamento. (...) Eu deixei de beber álcool...para a acompanhar, numa de acompanhamento, digamos de solidariedade. Deixei de beber. Bebo sumos e coca-cola com ela lá em casa.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Vão-me arranjar os dentes para eu ter um...uma apresentação mais ou menos. Foi o que a assistente, foi proposta da assistente social! Depois, numa reunião com o enfermeiro, falei-lhe nessa situação. Querem que eu engorde mais um bocadinho. Eu estava super magro. Estou muuuito melhor. Você via-me há dois meses atrás, eu...tinha covas, aqui na cara. Eu estava assim (faz covas na cara e mostra-me)...eu tinha covas na cara...eu não tinha óculos, o dinheiro não chegava, agora tenho dois pares...três. Depois a própria segurança social quer-me arranjar um trabalhinho para eu...melhorar a minha vida para...a minha situação...ser um pouco mais estável.
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Criar espaço para os outros	Deixei de consumir heroína e a minha vida finalmente começou-se a endireitar. Estava prestes a perder a minha mulher, a minha filha, a minha casa...e agora...recuperei tudo de novo. Tenho a minha casa, vivo com a minha mulher, vivo com a minha filha. Nasceu saudável ela. Nós somos os dois seropositivos e ela nasceu saudável, graças a Deus. Graças a Deus.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Desejar consolidar a mudança	E nós estamos a levar a nossa vida para a frente e tamos a fazer as coisas assim. Ainda há um looooongo caminho a percorrer.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Rui)

O ligar-se ao enfermeiro
 O sentir-se representada
 O sentir-se investida
 O situar-se na sua história de consumos
 O modificar o padrão de relação com a substância
 O valorizar as mudanças
 O ligar-se aos outros
 O projetar-se no futuro

O Fernando (12)

“Eu acho que isto da droga tem a ver muito com, com os sentimentos das pessoas
...em saber lidar com os sentimentos e...
eu acho que não sei muito bem lidar com os sentimentos”

Foi com haxixe que o Fernando deu início à sua dependência a substâncias. Tinha então dezassete anos. Aos vinte passou a consumir heroína que chegou a injetar diariamente. Passou também a consumir cocaína injetada a partir dos vinte e três anos. Partilhava regularmente seringas. Foi acompanhado num outro CAT com uma psicóloga e em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos. Com o segundo ciclo de escolaridade, desistiu do acompanhamento para ir trabalhar para Espanha, suspendendo a metadona “*de obriga*”. Diz que lá não consumiu e quando o trabalho acabou voltou a procurar ajuda em Portugal, na Equipa de Tratamento que entretanto abrira. Acompanhado por uma psicóloga, procurou também os Narcóticos Anónimos. Teve várias recaídas até que por decisão da equipa, passou, há um ano e cinco meses a ser acompanhado pela enfermeira. Apresenta cáries extensas e é portador de hepatite B e C. Desempregado, recebe o Rendimento Social de Inserção. Vive com os pais e é solteiro. Está em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (o Fernando)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se tomada a cargo	...eu às vezes, eu já podia ter resolvido este problema, dos dentes e não sei quê...e tenho deixado adiar, adiar, adiar, e a enfermeira já me marcou consulta para a assistente social mais do que uma vez...e parece que não desiste! Volta a repetir, pronto. (...) E pronto, e ela não desiste, diz “Olha, vai ao...não trataste da outra vez, mas tratas agora...”...pronto. Acho que é bom, por exemplo, se fosse uma pessoa “Não trataste disso, agora já não há nada a fazer...ah...já devia ter tratado, agora pronto, chapéu...não há nada a fazer...” Não é? E pronto...acho que é bom, acho que mostra interesse em mim. Se não também não vinha às consultas, se eu achasse que uma pessoa não coiso, o que é que eu vinha lá fazer? Não vinha.
	Sentir-se procurada	Tou muito satisfeito com a terapeuta que tenho agora. No outro dia ela não pode dar uma consulta e telefonou para o telemóvel, para eu não vir para a consulta, que não valia a pena. E já tar a fazer isso já é de louvar, não é? Já é...de uma pessoa...fiquei surpreendido. “Telefonar para o meu telefone? Um enfermeiro? Para o telemóvel a dizer...” Se calhar se fosse outra qualquer, uma pessoa vinha para aí e dizia, chegava a hora da consulta “Olha não tens consulta que, que...”. Mostrou essa preocupação. E as pessoas sentem-se bem com isso.
	Sentir-se reconhecida	Eu acho que este CAT até funciona bem e coiso. Porque eu já tive noutro! E não funcionava tão bem como este. Já tive, às vezes os meus pais às vezes vão para as Caldas das Rainhas e eu tomo lá a metadona. Têm lá uma qcasa e eu vou com eles. E lá o CAT é muito diferente deste. As pessoas...para irem tomar a metadona ficam na rua...chamam uma pessoa de cada vez...e eu quando tou lá “Olha, ainda bem que eu tou naquele...” sinto-me privilegiado em relação a estes que...pronto coitados não é?

	Sentir que afeta emocionalmente o enfermeiro	(Quando o Fernando se sente melhor, a enfermeira)...fica contente! Tamém vejo que a pessoa fica contente. Que eu tou a evoluir e não sei quê...e para eu ter projetos, na vida. Para ter um projeto, pronto.
	Sentir-se identificada	E parece que vejo mais interesse nela (na enfermeira)...no meu problema, do que com a outra, identifico-me mais com esta. Apesar de ser enfermeira e da outra ser psicóloga, não é? Que até uma pessoa até fica assim...a pensar coiso...como é que isto é possível? A outra é que devia...pronto, ser mais...(suspiro)...é assim...(...) É isso e é o falar do identifica-se com a pessoa. É esse o identifica que eu quero...que eu me identifico assim mais... Acho que há mais interesse da pessoa.
	Sentir disponibilidade	Ficamos sempre muito tempo, eu às vezes até me preocupa se não tou a empatar o tempo da pessoa, não é? Às vezes já tenho pensado nisso “Eh pá, se calhar tou a ser muita chato. Atão a pessoa se calhar tem mais utentes para atender e eu tou aqui...”.
	Sentir constância na relação	Falto poucas vezes. Uma vez ou outra falto, mas é muito raro. Agora a última vez faltei, mas porque não pude mesmo. Venho às consultas, depois de vir à consulta marcam logo outra, agora já tenho outra marcada para...uma próxima vez... guardo tudo para as marcações. Tamém não tenho assim muito para...quando tenho a consulta...falo, tudo o que tenho para falar. Assim de urgência, não. Mas não quer dizer que não venha a acontecer, não é? Um dia posso tar assim mais mal “Olhe, preciso...”
	Confiar-se ao enfermeiro	(Com a enfermeira) falo melhor...consigo-me exprimir melhor...tenho mais confiança a falar de mim e dos meus problemas. (...) Tou satisfeito, tou satisfeito com esta terapeuta. Ela nem sabe que eu...pronto, gosto de vir às consultas e que...acho que sabe, acho que sabe.
	Sentir-se comprometida	Se calhar tamém, tamém é interesse em mim...se calhar se fosse com outro, depende, não sei...se for com outra pessoa, se calhar... Acho que tem que haver um interesse de mutua parte. Acho eu que é isso, se uma pessoa mostrar interesse, a pessoa tamém mostra interesse. Se uma pessoa não mostrar interesse...acho que é um bocado assim tamém...
	Viver os limites da relação	(Mas) acho que o CAT tem esse problema. Às vezes muitas pessoas já estão aí há montes de tempo para ser atendidas. (...) Eu por exemplo, se calhar se chegasse às cinco, e com razão, não é? Se calhar a enfermeira tamém não tava aqui à minha espera e já tinha ido para casa, não é? Como podia tar... Ou podia não tar disponível na hora e mandar-me vir daqui a mais nada, pronto. Uma pessoa tamém tem que compreender, que as pessoas não podem não é?...tar sempre ali.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Tamém marcou com a assistente social...que eu tenho, pronto, que arranjar os dentes (...) mesmo há bocado telefonou logo para...para a assistente social para marcar consulta. Disse que não tinha consulta marcada com ela e ela telefonou logo e pronto.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se controlada	Pois (a consultar o talão da marcação com uma consulta para daqui a duas semanas), porque entretanto tenho a consulta com a assistente social e pronto, e lá tá, ela depois quer saber como é que as coisas correram entre mim e a assistente social. É assim...
	Sentir-se sustentada	Quando tou (bem)...mas depois às vezes que isso cai tudo, que o projeto cai todo abaixo, não é? É assim um bocado. Mas ela não desiste. É que tamém depende da forma como a pessoa tá! Ela agora não me vai dizer para ter esse projeto de comprar um carro porque sabe que eu tou desempregado, sabe que eu não ando bem...depende. Às vezes as consultas demoram um bocadinho mais tempo. Tamém depende do meu estado. Se eu estiver bem, demora mais algum tempo. Se não tiver tão bem, as consultas são...eu já notei isso...encurta mais. Já notei isso tamém.
	Sentir-se motivada	Por exemplo, já tem falado...de ter um projeto na vida. Tou a trabalhar, não é? Pronto, comprar um carro, comprar uma casa...pronto. Ela diz “Meta um projeto na sua cabeça...tente, por exemplo não tem carro. Não gostava de ter um carro?” “Gostava, eu já tive carros e o que eu já perdi porque...mas gostava de voltar a ter.” E tenho carta. “Então meta essa projeto, em comprar um carro...” E pronto, quando tou bem!
	Sentir-se traduzida	Por exemplo, agora como eu ando, tar assim, deprimido e não sei quê, isto pode ser uma...uma forma de eu recair, porque não ando muito bem e não sei que mais...é perigoso, não é? Tenho que...ter cuidado porque posso

		recair. Pronto tenho que dar a volta, não é? É assim. Consigo refletir mais...do que tar a pensar sozinho não é? Ajuda-me. Eu às vezes saio daqui e até saio mais motivado e saio melhor, quando venho à consulta, do que quando não venho. Por exemplo, hoje já foi um bom dia, eu ter vindo à consulta, já não me fechei em casa... Pronto já é uma iniciativa para amanhã tentar fazer o mesmo...
	Sentir-se chamada a participar	(Com a enfermeira, as decisões) são acordadas entre nós. Ela pergunta-me "Como é que acha melhor?". Propõe-me, sim, propõe-me. Não diz "Faz assim ou...ou coiso...", pronto, propõe-me como anda a trabalhar agora, por exemplo se andasse mal e voltasse a tar na cama e não sei que mais "Se calhar era melhor falar com a médica...". Não diz "Tens que fazer!". "Olha, tens que ir falar com a médica...". Também já tive uma vem um consumo de cocaína, andava a consumir cocaína e pronto, ela falou com a médica para me passar...mas não diz que "tens que fazer...", propõe-me, "Será que achava melhor?...". É assim... Faz sentir bem. Acho que...pronto, faz-me sentir bem. Faz-me sentir que eu não sou obrigado...a nada, que eu é que quero.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Significar a sua narrativa	Hum... Eu acho que isto da droga tem a ver muito com, com os sentimentos das pessoas e...em saber lidar com os sentimentos e...eu acho que não sei muito bem lidar com os sentimentos e...acho que vem...vem de já muito atrás...quando era criança, quando era infantil...acho que vem daí... Falo. Sinto. Falo dos meus pais, também. Ela fala muito, eu vivo com os meus pais...fala muito como é que está os meus pais...a minha mãe...eu sou muito igual à minha mãe...e falamos muito nisso... A minha mãe também é uma pessoa que se fecha muito em casa e dorme muito, mete-se muito na cama...e eu sou um bocado igual a ela... Ela parece que...também é drogada, porque toma muitos comprimidos. Eu às vezes vejo a minha mãe assim...como uma drogada. Apesar de não ser, mas a droga dela é os comprimidos, é...parece que tem os mesmos sintomas que eu, as mesmas, as mesmas dificuldades que eu (suspira). É assim.
	Tomar consciência da ausência de controlo	...desque abriu já tou cá. Mas já tenho tado muito tempo fora...ou ter recaídas, ficar bom...pronto. Tar um tempo bom...e depois voltar a precisar...pronto, precisar outra vez, infelizmente e ter que voltar, não é? Sim, às vezes uma pessoa recai e não sei quê e...pronto, tem que voltar cá outra vez. Foi o que me tem acontecido.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Valorizar o controlo externo sobre os consumos	E às vezes é mau, é isso que eu tou a dizer, às vezes é mau tar ali (na sala de espera da Equipa de Tratamento) muito tempo por causa disso. Acho que...acho que podiam ser também mais rígidos aqui, em relação a...a certas coisas. Se a pessoa não chegasse aquele ponto...se os testes tivesse positivos, éh pá, devia de ser um bocado mais rigoroso, acho eu, aqui. Isto se calhar é muito rigoroso para outros e para outros não são...é muito de...sei lá, é muito confuso, tar a falar.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Redefinir-se no contexto social	Eu tento-me dar com pessoas de quem eu acho que...tão a fazer o mesmo percurso. Porque eu não me dou com aquelas pessoas por exemplo que vêm aqui todos os dias, às vezes falo porque tenho que falar, quase, mas que vêm aqui todos os dias tomam a metadona e depois vão ali para o jardim e tão ali o dia todo a beber cerveja, e não sei quê, e vão-se drogar à mesma, os testes tão sempre, tão sempre positivos...e se não andam aqui a fazer nada, o que é que andam aqui a fazer? Não sei.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (o Fernando)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O modificar o padrão de relação com a substância
O valorizar as mudanças

“...muito sofrimento, muito, muito...(a chorar)
...se não fosse pelos meus filhos...”

Agora com trinta e três, a Carla começou a consumir haxixe aos dezasseis anos e esporadicamente heroína e cocaína nos anos seguintes. A partir dos vinte e oito anos consumiu regularmente estas últimas duas drogas, chegando a injetar-se. Esteve numa comunidade terapêutica mas voltou a recair. Partilhava seringas com regularidade e chegou a prostituir-se. Conheceu o atual companheiro e veio viver com ele para a terra deste, perdendo a ligação com a sua família. Vive com o companheiro de quem tem dois filhos pequenos. Começou a ser acompanhada na Equipa de Tratamento ainda grávida do filho mais novo. O companheiro é também acompanhado na Equipa de Tratamento e já recaíram em conjunto, chegando a vender tudo o que tinham em casa. Com o segundo ano de escolaridade, a Carla tem formação no ramo da hotelaria mas está desempregada; nunca conseguiu arranjar emprego desde que mudou de área de residência. Recebe o Rendimento Social de Inserção mas está na eminência de perder a casa onde vive porque tem já vários meses de atraso no pagamento da renda. Tem seropositividade para VIH e é portadora de hepatite C. É acompanhada pelo enfermeiro há quatro anos, desde a gravidez. Está também em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (a Carla)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Sentir-se tomada a cargo	...eles acolheram-me aqui grávida, tava grávida quando cheguei aqui ao CAT, ainda não tinha barriga nenhuma...estava com dois meses...(com voz sumida) já sabia... Acabava de começar com a reabilitação, com a metadona...e graças ao centro, a este centro, pronto à equipa toda de toxicodependência...ajudou-me muito. (...) Ele (o enfermeiro) sabia desde o princípio que eu estava grávida. (...) Foi bom. Preocuparam-se. Preocupam-se com as pessoas...Acho bom (risos)...sim acho...uma coisa boa, pronto, preocupam-se...por a gente...querem o melhor pronto, para nós, não é? Têm muitos doentes mas põem muito empenho...por nós...que de uma vez por todas pronto...tenhamos um trabalho, tenhamos uma situação que prontos, estejamos bem, na vida!
	Sentir-se compreendida	...ele sabe muito, sabe muito também da minha vida, mas...é normal, porque...a doença e...uma coisa básica, pronto, aqui do CAT...(silêncio longo)...(mas) ele percebe...porque já muitas vezes que chorei com ele...quando me encontro com ele...eu venho triste. Eu acho que sim. Ou algumas vezes sim, outras vezes não. Ou algumas vezes não faço eu, para que ele perceba... (Quando vem bem) então não vai perceber? Ele já são bastantes anos, já. Falando...e ele a ver-me nas consultas...
	Confiar-se ao enfermeiro	Ele ajuda-nos muito. Ajuda-nos muito pronto, a abrir...nós abrimo-nos muito com ele...quer-nos ajudar ... (com o enfermeiro fala) de tudo, de toda a minha vida. Como eu estou e como é a situação da minha casa, com a minha família...com tudo. Como está a situação mais ou menos agora... Que não está muito boa pronto, não é por causa das drogas, mas por outras

		situações de emprego e...são muitas...muitos gastos a pagar a casa, a água, a luz e não...e temos os filhos, e para dar-lhes de comer...sem trabalho...
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Já tenho falado com o enfermeiro para que ele fale com a assistente social do CAT, a ver se ela se pode por em contacto com a outra para nos encaminhar...mais rápido. Pronto, para que ele nos mande para a assistente social daqui do CAT, a ver se ela pode fazer alguma coisa para ajudar-me. (...) O doutor (o enfermeiro) falou com ela, falou com ela pronto, a ver se podia fazer alguma coisa por a gente...e agora temos consulta com a assistente social do CAT, agora no dia...dezasseis, acho eu.
	Sentir-se representada para além da Equipa de Tratamento	Pronto, ele também nos deu muita ajuda, porque a doutora (a assistente social da Segurança Social) veio aqui saber de nós. A ver como nós estávamos e...se não tínhamos tido nenhuma recaída...e a dose... Ela veio mesmo aqui ao centro para ver como nós levávamos o tratamento. Se tínhamos alguma recaída...se tínhamos doping (os testes) positivo...como, pronto, da maneira como a gente estava. Então ela viu que estávamos bem, que estava tudo bem, que estavam os testes todos, todos normais e...e deram-nos o rendimento... Mas pronto, isso já é alguma coisa, mas...é pouco.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se sustentada	(As conversas com o enfermeiro) também me ajudam, também. Também me ajudam às vezes. Falamos mais minha vida presente... Não da minha vida passada, muito pouco. Mais da minha vida presente...(emociona-se e chora)...ai...muito sofrimento, muito, muito...(continua a chorar enquanto fala)...se não fosse pelos meus filhos e pelo dia a dia, pela vida que eles me dão...é assim e tudo. São muitos problemas...(procura deixar de chorar).
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Já tive uma recaída. Foi complicado. Era Natal, era altura do Natal, e um vizinho de frente, também gosta da...gosta da droga e...um dia subiu à nossa casa e queria, pronto, perguntou se podia...se podia fazer um risco de cocaína (...) e um dia só que provei...já era diário, diário, diário, diário... já não há quem o pare. Já o faz todos os dias...e assim...um grande enganche...enganchado na droga, agarrado à droga...muito, muito, muito grande. E era tudo, tudo, tudo o que tínhamos recuperado em dois ou três anos, muitas coisas de valor foram para...foram para a porcaria (suspira)...
	Compreender as consequências dos consumos	...estamos numa situação muito complicada. Não temos trabalho nenhum dos dois. Já estamos numa situação em que nos estamos a ver já na rua. (...) Não temos...não temos ninguém que nos ajude. (...) É tudo problemas, tudo problemas, tudo problemas. Não há nada bom...não há nada bom...
	Responsabilizar-se pelas escolhas do presente	É muito difícil, mas...a vida e os meus filhos e...dão-me força para continuar a lutar...tenho muitos problemas. Eu quero antes viver assim nesta vida que...que cair na droga! Muito. Prefiro ter esta vida que tenho em vez de estar metida na droga, de verdade.
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Valorizar o controlo externo sobre os consumos	Então ele (o enfermeiro), pronto, falou com...fez muito, fez muito também para meter o meu marido. Porque o meu marido já tinha terminado o programa e teve outra vez que recomeçar por causa de mim...voltou a metê-lo. Por causa de mim, meteu outra vez o meu marido no programa. Porque o meu marido já tinha terminado o programa. Porque se eu estivesse no programa e ele ainda consumindo, eu também voltava a consumir. Eu não podia estar na minha casa a ver o meu marido a consumir...não é?
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Manifestar novas necessidades	...eu aceito toda...toda a ajuda que eles me possam dar...(volta a emocionar-se e a chorar)...o que preciso é isso, trabalho e...e o infantário para a minha criança...quero orientar também o menino. Já o resto...com

o trabalho já dá para pagar os gastos que temos em casa...trabalho para mim e para o meu marido e o pequenito que eu possa mover-me...que eu possa ir em busca de me mexer...solucionar... (a chorar) tenho muita força de...de seguir para adiante, sim.

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (a Carla)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O modificar o padrão de relação com a substância
O valorizar as mudanças

“Uma pessoa não tem objetivos. Vive para aquilo, só.

A pessoa parece que se esquece que existe,
parece que se esquece...só vive é para aquilo.”

A Isabel, hoje com trinta e seis anos, tem uma história de consumo diversificado de substâncias psicoativas. Iniciando-se aos dezassete anos com haxixe, depressa passou a heroína e cocaína, que já injetava diariamente aos vinte anos. Entre os dezanove e os vinte e sete anos consumiu também regularmente LSD e *ecstasy*. Esteve em acompanhamento durante vários anos com um psiquiatra no setor privado, período em que iniciou tomas de metadona numa Unidade Móvel. Com a abertura da Equipa de Tratamento deixou o psiquiatra e passou a ser acompanhada primeiro por uma outra enfermeira e, desde há dois anos e meio, com a atual, como gestora de caso. Tem o décimo ano de escolaridade e conseguiu, apesar da sua história de dependência, manter o mesmo emprego nos últimos quinze anos. Teve hepatite C mas recuperou espontaneamente. Casada, vive com o marido que é também acompanhado na Equipa de Tratamento. Estão ambos em Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos.

A sua narrativa encontra-se em apêndice.

Temas essenciais da narrativa da pessoa (a Isabel)

O ligar-se ao enfermeiro		Ilustração narrativa
Variações do tema	Duvidar inicialmente da possibilidade de ser ajudada	(Passou a ser acompanhada pela enfermeira atual como gestora de caso)...sempre por ela. (...) e ainda por cima o que me faz muita confusão é que o meu marido também anda aqui...há muito mais anos. E tem uma médica e...portanto o meu problema era porque é que eu não hei de ter? Porque a maior parte das pessoas praticamente tinham médicas...e eu...fiquei um bocado porque é que eu hei de ter uma enfermeira? E...achava que ela...não é questão de não tar qualificada, mas achava...pronto...que não estava ao nível, ou que não poderia me ajudar. Mas depois pronto, comecei a ter com as consultas, e até telefonicamente, se houvesse algum problema... portanto e depois vi que...que vai dar ao mesmo não é? Não houve assim grande...grande diferença.
	Transformar a relação informal prévia	Mas eu por acaso eu já conhecia a enfermeira...eu já a conhecia daqui, portanto...é aqui da minha juventude. Eu já a conhecia, nem sabia que ela era enfermeira...portanto já a conhecia, também não foi assim um choque tão...também não havia assim uma grande distância...(mas) por a conhecer ainda me custou um bocadinho mais...tar a falar com uma pessoa que me conhecia e ter que...custou-me um bocado a falar com ela porque, ela até própria dizia que nunca fazia ideia que eu...pronto, que andava nesta vida, não era? Que se lembrava de mim...prontos e custou-me um bocado mais como eu a conhecia, tar a falar...dos problemas, não é? Mas depois com o tempo...começámos a ter...é assim, comecei a ter um bocadinho mais de confiança. Pronto, vi que podia falar com ela, portanto, não achei assim que houvesse um grande problema...sempre falei com ela...abertamente...
	Sentir-se procurada	Ela às vezes pergunta, se está tudo bem...comigo e com o meu marido...se estamos bem, se ele tá bem. Ela às vezes comenta, e eu, tudo bem.

	Sentir constância na relação	...eu só venho duas vezes por ano...ou três...consoante a minha disponibilidade...normalmente nas férias, com a enfermeira. No início acho que vim mais...vim mais periodicamente...e a pessoa ao princípio tem que ser mais acompanhada, não é? Depois a pessoa começa a ficar um bocado mais despreocupada e já não acha, pronto, já não acha assim grande importância tar constantemente a vir. Eu própria falei. Falei com ela se valia a pena estar sempre a vir aqui...até disse se me sentisse mal ou se necessitasse que lhe telefonava, e que podíamos ter a consulta. Portanto...decidimos as duas.
O sentir-se representada		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se representada na Equipa de Tratamento	Ela própria (a enfermeira) disse-me quando eu engravidasse para falarmos. Quando eu venho às consultas “Então?...”, ou pergunta-me, quando eu venho às tomas “Então, tens boas, tens boas notícias?”, que é para...quando eu tivesse, ela me encaminhar então para a médica.
O sentir-se investida		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentir-se reassegurada	Eu sempre fui acompanhada por um psiquiatra...sabe bem a pessoa às vezes desabafar, e falar com pessoas que saibam do que é que estão a falar...mas claro que...a metadona é a metadona. Pronto, tenho ali a maior segurança não é? Se me dessem a escolher “Queres continuar a tomar ou...”...é assim...
	Sentir-se orientada	...decidi que queria levar as coisas a sério (para engravidar) (...) e depois quando falei com a enfermeira ela explicou-me...(...) e ela indicou-me uma médica daqui que faz banco no hospital...falou-me nessa médica que...faz aqui neonatal...e que estão preparados para esse tipo de situações! (...) Mas foi esta enfermeira é que me esclareceu as coisas como deve ser, não é? E (agora) esta enfermeira esclareceu-me as coisas, fiquei muito mais descansada.
O situar-se na sua história de consumos		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Tomar consciência da ausência de controlo	Apanhei medo, não quero voltar a...recair, não quero voltar a passar por aquilo... Não foi overdose e essas coisas. Um susto...sei lá, não ter nada para comer, não ter dinheiro para nada. Tinha dívidas, ter que pedir dinheiro emprestado...ah...ninguém já querer saber de mim! Depois ver tudo a apontar o dedo “E tás assim, tás...”...é horrível, horrível... Uma pessoa não tem objetivos. Vive para aquilo, só. A pessoa parece que se esquece que existe, parece que se esquece...só vive é para aquilo. É acordar para aquilo...o dia, e arranjar dinheiro e...enfim, tudo...
	Compreender as consequências dos consumos	Não tinha dinheiro nem para mandar cantar um cego. Aliás, tinha carro, que era da minha mãe, e quando ela descobriu tirou-me o carro. E então isso para mim... Fiquei assim com algumas mazelas, mas agora tou bem. Fiquei com hepatite C... Mas graças a Deus curei-me, nem sei como. Quando ia começar o tratamento...o vírus...saiu, que acho que acontece alguns casos, tenho só os anticorpos... Graças a Deus (suspiro) SIDA, isso nada...pronto. Noto que...nós com a heroína não tínhamos dores, nada, não temos doenças, não temos nada. Tirava-me as dores, e eu às vezes até “Dói-me os dentes...”, foi assim que isto começou. “Dói-me os dentes, dói-me a barriga!”, aquele experimentou “Ai isto tira as dores!”, é assim que as coisas começam. Uma pessoa não pensa que aquilo vai...chegar ao ponto que chega.
	Elaborar as perdas	Perdi muita coisa... e em relação à família, chega uma altura a minha mãe já me virou as costas. Chega uma altura já...graças a Deus sempre me ajudou...só que ela “A primeira ainda escapava...a segunda ainda escapa...a terceira...a quarta...”.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do passado	Sim, mas a pessoa depois é tudo, e é a família, é tudo...e dinheiros, e a pessoa destrói tudo não é? Depois penso, nesta altura já devia ter um filho e...se não andasse tanto tempo nesta vida...e depois uma pessoa começa a lamentar o que fez, não é? E o tempo não volta a trás, não é? Aí é que está. Ainda tenho (muito tempo à sua frente) mas se soubesse o que sei hoje, uma pessoa diz sempre “Se soubesse o que sei hoje”...se calhar até fazia tudo igual, não sei. Mas se calhar se soubesse o que sei hoje...
	Considerar as consequências do futuro como dependente	Cansei-me mesmo de vez... Agora já vejo as coisas de outra maneira. Já nem me identifico sequer com aquela vida que eu levava. Não tem nada a ver comigo, já. A pessoa também cresce não é? Também já chega. Aquilo não leva a lado nenhum! A pessoa cansa-se. Ela sabe bem. O que eu lhe

		tou a dizer aqui também já tive...conversa com ela. Já tivemos esse tipo de conversas, claro. Já chega. Isso já ficou para trás...não vale a pena...tarmos a falar de coisas...tristes.
	Responsabilizar-se pelas escolhas do presente	Porque a metadona antigamente não existia! Eu acho que isto foi muito bom para muita gente...apesar e haver ainda pessoas que...tomam e...continuam a fazer...mas isso fica à decisão da pessoa, a pessoa é que sabe o que é que quer, não é? Se se quer curar... Acho que isto foi o melhor, a melhor coisa que arranjam, sinceramente. (...) Agora tive que me orientar sozinha, desta última vez. Se eu quero tenho que me mexer, não é?
O modificar o padrão de relação com a substância		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Transformar-se a partir da ausência da substância	Aquele ano...o primeiro ano é sempre...a pessoa parece que tá...a apanhar os cacos todos. O primeiro ano a pessoa ainda tá...aqueles primeiros meses... Apesar da pessoa se querer curar, a cabeça...fazer exames, é muita coisa... A pessoa tem que andar a quebrar uma rotina...que tinha não é? Que eu nunca pensei como é que ia fazer a minha vida quando...tinha uma rotina diferente... Portanto tem que aprender. O primeiro ano custa sempre mais. (Depois) a vida vai entrando nos eixos. (...) Quando parei veio-me tudo, veio-me tudo. Aquilo...depois vem tudo. Tive uma pneumonia, tenho às vezes umas cólicas renais e tal, coisa que nunca tinha. Aquilo deve ter camuflado tudo e agora vem tudo.
O valorizar as mudanças		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Valorizar a propriedade	Tou bem no trabalho, queria ficar com o meu trabalho, gosto do meu trabalho...ter uma vida estável, portanto, tudo. Ter o meu carrinho, ter a minha casa; coisa que não tinha nada não é? Tenho tudo agora, graças a Deus, tenho tudo.
	Redefinir-se no contexto social	Acabei por...cortar um bocado tudo... Aliás, tenho amigos que continuam e eu cortei de vez. Não vale a pena. Nem iríamos ter conversa, sequer. Não é? Eles continuam na mesma, não querem andar para a frente, não vale a pena. Se a pessoa começa-se a dar com essa gente outra vez!... Estamos em mundos opostos, agora. O meu é...(riso)...o meu é o de...clareza, tar-me a portar bem. Uma pessoa assim, tamos aqui tão pouco tempo, tar a estragar a vida a andar aí...de um lado para o outro...não vale a pena. Há pessoas que não querem...continuam... Para mim não dá! Apanhei medo agora da última vez, já chega. Porque isto a pessoa tem que ter medo disto, não é? É que isto, isto leva a pessoa a um ponto... Já chega! Cansei-me.
	Sentir-se satisfeita com o novo "eu"	Pronto, a vida agora endireitou-se não é? Espero nunca mais recair. (...) Sinto-me melhor, sinto-me mais feliz. A pessoa sabe bem o que é que quer da vida, não é? Sei. Também não sou assim...não tenho assim grandes ambições, não é?
O ligar-se aos outros		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Criar espaço para os outros	Só falamos mais é da gravidez (...) Espero ter um filho, não é? Espero que corra tudo bem...
	Reparar as relações	(A mãe, agora) aí...tá contente (...) pronto, coitada...ela tá habituada a isto não é? Uma pessoa tá bem, ou não tá bem, portanto. Mas também me diz "Foi a última vez! Mesmo que não estejas, não contes comigo para nada!" Portanto e eu não quero outra vez passar por isso...não quero.
O projetar-se no futuro		Ilustração narrativa
<i>Variações do tema</i>	Sentimentos de ambivalência	...portanto...aqui o...como hei de explicar...portanto aqui o objetivo é...a pessoa ir curando-se, não é? Até um dia...deixar de tomar! Só que eu ainda não me senti preparada para isso... Que eu até brincava com ela "E eu por mim tomo a vida toda", e ela "Ah, a vida toda, então assim...". Isto é uma bengala, não é? Eu prefiro ter a bengala do que...voltar ao que estava antes... (...) E depois é isso, a pessoa, eu tenho medo de deixar de tomar e voltar...é que o psicológico funciona logo...a pessoa deixa de tomar, começa logo a pensar "Vou lá outra vez!"

Síntese dos temas essenciais da narrativa da pessoa (a Isabel)

O ligar-se ao enfermeiro
O sentir-se representada
O sentir-se investida
O situar-se na sua história de consumos
O modificar o padrão de relação com a substância
O valorizar as mudanças
O ligar-se aos outros
O projetar-se no futuro

Parte 3: Fusão de horizontes...

IV – ...para uma desocultação do fenómeno

Neste último capítulo, partindo da coleção e articulação temática das experiências vividas individuais narradas pelas pessoas é dada voz à experiência vivida do grupo dos catorze participantes, num exercício de escrita que pretende fazer emergir tanto as comunalidades temáticas quanto as singularidades vivenciais e biográficas (*caso no tema*).

Na sequência, num movimento que procura transformar o conhecimento sobre a experiência vivida narrada em teorização disciplinar, os dados são discutidos.

Pre vemos as possíveis implicações do estudo para a prática, para a investigação e para o ensino de enfermagem e fazemos o que nos parecem ser, a partir dos resultados deste estudo, sugestões para a realização de investigações futuras.

A conclusão encerra o capítulo e o corpo do trabalho.

Sobre a voz da experiência do grupo

Com singularidades próprias que compõem as diversas variações temáticas, a experiência da pessoa com problemas de adição a substâncias de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso na Equipa de Tratamento do estudo revela-se ao longo de oito temas comuns: "O ligar-se ao enfermeiro"; "O sentir-se representada"; "O sentir-se investida"; "O situar-se na sua história de consumos"; "O modificar o padrão de relação com a substância"; "O valorizar as mudanças"; "O ligar-se aos outros" e "O projetar-se no futuro".

Esta experiência vivida emerge como um fenómeno eminentemente relacional ao longo do qual, a partir dos vividos de se ligar ao enfermeiro e de por ele se sentir investida e representada dentro e fora da Equipa de Tratamento, a pessoa progressivamente acede a pensar o seu sofrimento passado e presente e inicia o que sente como uma luta pessoal para modificar a relação com a substância, consigo própria e com os outros significativos.

Passando a valorizar e a desejar consolidar as profundas mudanças que sente que gradualmente vai conseguindo para si, a pessoa abre-se às suas possibilidades de ser e ensaia, progressivamente, pensar-se num futuro livre de substâncias.

Simultaneamente habitada pelo anseio de autonomia e pelo temor de recair, a pessoa expressa o desejo de permanecer indefinidamente ligada ao enfermeiro e à Equipa de Tratamento, que sente como securizantes.

TEMA: O ligar-se ao enfermeiro

(tema comum a todos os participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Eu a primeira vez quando eu vi aqui fiquei assim...porque uma pessoa não conhece as pessoas, não tem aquela lidação... (Artur – 1)

Não tava bem. Não me tava a dar bem com a minha antiga terapeuta e então quis mudar. Pus-me com um pé à frente e outro atrás...porque não sabia o que é que havia, não sabia o que é que ia encontrar, seria uma melhor, outra pior? Eu para falar...ao princípio era arrancar a pele...naquela altura em que estava com o pé atrás. (Lucinda – 9)

No início do acompanhamento a pessoa experiencia o enfermeiro com estranheza e interroga-se sobre o que pode esperar de ajuda às suas necessidades, sentindo-se ambivalente na relação...

Mas eu por acaso eu já conhecia a enfermeira...eu já a conhecia daqui, portanto...é aqui da minha juventude. Eu já a conhecia, nem sabia que ela era enfermeira...portanto já a conhecia, também não foi assim um choque tão...também não havia assim uma grande distância...(mas) por a conhecer ainda me custou um bocadinho mais...tar a falar com uma pessoa que me conhecia e ter que...custou-me um bocado a falar com ela porque, ela até própria dizia que nunca fazia ideia que eu...pronto, que andava nesta vida, não era? Que se lembrava de mim...prontos e custou-me um bocado mais como eu a conhecia, tar a falar...dos problemas, não é? (Isabel – 14)

...a Isabel que já conhecia a enfermeira “daqui...da minha juventude”, conta como sentiu que esse conhecimento prévio permitiu reduzir a distância inicial entre ambas mas, ao mesmo tempo, a fez experimentar maiores dificuldades em falar dos seus problemas, agora que estavam em papéis diferentes...

...e ainda por cima o que me faz muita confusão é que o meu marido também anda aqui...há muito mais anos. E tem uma médica e...portanto o meu problema era porque é que eu não hei de ter? Porque a maior parte das pessoas praticamente tinham médicas...e eu...fiquei um bocado porque é que eu hei de ter uma enfermeira? E...achava que ela...não é questão de não ter qualificada, mas achava...pronto...que não estava ao nível, ou que não poderia me ajudar. (Isabel – 14)

...uma vez que havia já sido acompanhada durante vários anos no setor privado por um médico psiquiatra e que o seu marido era também acompanhado por uma médica na Equipa de Tratamento, somaram-se-lhe, na altura, reticências quanto à possibilidade de ser ajudada por uma enfermeira, que supôs, como conta, poder “*não estar ao nível*”.

Primeiro perguntaram-me, quando eu cá vim, o que é que eu pensava...fazer à minha vida...a doutora (*a enfermeira*) perguntou-me. (*Artur – 1*)

Neste primeiro tempo do acompanhamento, a pessoa sente que tem a possibilidade de expressar as suas motivações iniciais.

Se calhar se não fosse elas, me ajudarem, já não tava aqui, a falar consigo. (*A enfermeira*) mandou-me para Lisboa, mandou-me para Lisboa não é, houve um papel que tive que fazer, fiz exames e depois fui pa Lisboa...coiso do alcoolismo. (*Depois*) ela arranjou-me um sítio para ir comer, que eu tamém não, não comia. “Primeiro vamos lá a ter a cura do álcool, vamos à casa agora, para a gente dar uma ajudinha, vamos à casa e depois...é a boca”. Porra, ajudar têm ajudado muito... (*Artur – 1*)

Pronto, estivemos aqui a falar, a primeira vez, depois veio a segunda...depois vinha aí à consulta para falar com a médica...e até que depois houve um problema por causa de receber da assistência social...que eu vinha cá basicamente todos os dias p’a tomar...no tempo da metadona, eu pagava do meu bolso e depois era para ser reembolsado...mas eu aguentei pr’ai três meses sem receber nada, até que pronto, falei com o enfermeiro e ele disse “vamos ver isto aqui, com a assistência social daqui”...depois recebi, tudo junto, recebi sim senhora. Pronto e a partir daí comecei a falar de tudo e mais alguma coisa com o enfermeiro...até hoje. (*Carlos – 2*)

E experienciando, desde cedo, ser tomada a carga nas suas necessidades mais prementes, percebe a utilidade da ajuda e dispõe-se a continuar a procurá-la na relação...

Aqui a enfermeira apanhou-me mesmo...em baixo. (...) Quatro dias depois estava a entrar na comunidade. Venho aqui e em três ou quatro dias arranjaram-me logo um centro para eu ir. “Já temos uma comunidade para si”. Senhora enfermeira...mas religiões não. Pode-se fumar? “Pode”. Pronto. Oito meses...por um lado obriguei-me a isso...ela tamém chegou a lá ir...visitar. (*Falava com ela*) pelo telefone e quando tinha consultas. Depois

tinha aquelas paranoias, era muito à regra, era muito rígido. E eu cheguei aqui e a enfermeira assim: “Vai-se aguentando ali...você se sai dali vai para a rua...e no seu estado de saúde não dá para estar na rua...se quiser ir para a rua...não lhe dou uma semana...ou você está numa cama do hospital no último...ou não deixa a Comunidade. Vá-se aguentando ali, olhe pianinho e coiso. Vá ficando...deste lado tamos a tratar disto”. (*Pedro – 5*)

...no caso do Pedro, que por estar a viver na rua foi encaminhado pela enfermeira para uma comunidade terapêutica pouco tempo depois de iniciar o acompanhamento, o princípio da ligação à enfermeira foi também experienciado tanto a partir do apoio que sentiu que aquela lhe deu para que conseguisse vencer as dificuldades de permanecer na comunidade, quanto da percepção de que, preparando o seu regresso à Equipa de Tratamento, ela se continuava a ocupar dele.

Eu gosto. Ela tá sempre a...a insistir para que eu venha, para a gente falar um bocadinho...“Olha, mas eu tenho tempo”. (...) Pronto. Há uma flexibilidade, até nas marcações. Não é só quando temos consultas. Eu posso esperar que ela acabe a consulta e se ela tiver outra consulta...ou falo ali o que precisava de falar com ela e ela diz-me “Então olha, vem cá à tarde, vem cá à tarde...um tempo tenho para ti”. E são esses bocadinhos, são esses momentos que me agradam, que me absorvem. Caem bem. (*Lucinda – 9*)

Foi aí que ela começou a puxar mais por mim...as conversas, pois. Sobre tudo. E eu também fui ganhando mais à vontade, em tar com ela e em falar com ela...de tudo um pouco, da minha vida...com quem eu vivo, com quem é que não vivo, o que faço, se trabalho, se não trabalho...falamos de tudo um pouco. Da minha parte eu vejo que...que é uma pessoa que se interessa...por aquilo que está a fazer... e por mim, pelo menos sinto isso. (*Daniel – 6*)

A pessoa percebe que o enfermeiro se mostra disponível e se interessa por si. Sente-se procurada, valoriza essa procura e transforma gradualmente o investimento na relação. As suas dúvidas e reticências iniciais passam a ceder lugar a uma possibilidade de abertura ao enfermeiro e à disponibilidade para a partilha de si...

As vezes, quando ele tem qualquer coisa, quando ele vê que eu já tou sem consulta há muito tempo, já, por exemplo, posso tar um mês sem vir à consulta. Ele como eu já tou há muito tempo e ele quer saber alguma coisa de mim, como é que anda a minha vida, como é que tá, ele liga-me, ou para o meu telemóvel, ou...para casa, a perguntar “Como é que é? Olha lá,

precisamos marcar alguma consultita? A saber como é que tu andas, como é que não andas. A gente já há muito tempo que não se vê, nunca mais marcaste consulta, nem nada. Pode ser?”. “Pode ser”. “Vai já ficar a consulta marcada, quando vieres buscar a metadona, tá aqui o papelinho”. Ele faz isso. (*Diniz – 4*)

...o Diniz conta como esse interesse é também experienciado quando recebe telefonemas do enfermeiro, que o procura para saber de si quando está há mais tempo sem vir à consulta.

Foi-me atribuído o enfermeiro como terapeuta. Achei uma pessoa bastante nova, começamos a falar, a falar, não sei quê, acabei por descobrir que somos praticamente da mesma idade, começamos a falar com...mais à vontade e acabámos por...qualquer problema que eu tenha, dirijo-me a ele e falo abertamente! Falo abertamente. (*Rui – 11*)

É uma pessoa que eu identifico-me e consigo...eu com ela não sou fechado. Eu consigo identificar-me em certos pontos. E bate certo, as coisas que ela me costuma dizer...toca-me nos sítios...e realmente é um bocado verdade, isso. Eu começo-me a rir, é um feitio meu, eu começo-me logo a rir e tal e ela também já sabe, quando eu começo-me a rir, ela já sabe...que bateu no sítio certo (*risos*). (*Daniel – 6*)

No evoluir da relação a pessoa desenvolve progressivamente sentimentos de identificação com o enfermeiro...

Começámos-se a dar bem...eu era mais fácil falar com o enfermeiro do que falar com a médica, portanto é homem e tinha certas coisas que eu não consegui falar com uma mulher, com a doutora...da parte sexual...porque...eu ter potência, tinha, mas por vezes, queria e não conseguia! E isso pronto, começou a...dar aqui a volta à cabeça, não é? (*Carlos – 2*)

...no caso do Carlos, sentindo-se mais confortável para falar das suas dificuldades sexuais com um enfermeiro homem...

Eu identifico-me em bastantes coisas com ela, pronto. Identificamos as duas...identificamos. Há um intercâmbio de aprendizagem (*suspiro*)...porque a enfermeira, para mim a enfermeira só lhe falta é drogar-se. Claro que eu não quero que ela o faça (*riso*), mas...não é só a gente ter um canudo. (*Lucinda – 9*)

...para a Lucinda, percecionando que à enfermeira “só lhe falta é drogar-se”.

Não sei se é por ser uma pessoa estranha, mas...sinto-me bem a falar com ele...falo...de tudo...começo do princípio e acabo no fim, digo tudo. Sinto-me melhor e ele fica a saber mais um bocado sobre mim...enquanto eu cá andar eu conto tudo e mais alguma coisa ao enfermeiro. (...) Como eu cheguei aqui, se eu quisesse...não, não lhe dizia nada do que se passava e ele ficava a olhar para mim e pá, falávamos um ao outro, mas não, prefiro chegar aqui e falar. (*Carlos – 2*)

Eu antes de entrar aqui venho logo a pensar que a pessoa que tá ali daquele lado não tá aqui para me enganar nem para me prejudicar em nada. Portanto venho, venho a fazer confiança. Não venho para aqui com a intenção de tar a enganar ninguém. Nem venho mentir nem escondo nada, e quando as coisas estão a correr mal, eu chego aqui...e se consumi consumi, se não consumi não consumi. Não tenho nada a esconder, não tenho nada a perder, só tenho quanto mais sincero for só tenho é a ganhar com isso porque a pessoa tá a trabalhar com aquilo que eu lhe tou a dar...se lhe tou a dar coisas falsas tá a trabalhar sobre uma coisa que é mentira, não, não vai dar resultado. Portanto tenho que ser o mais sincero possível. (*Samuel – 8*)

E, num envolvimento relacional que perceciona ao alcance de ser ativamente tecido também por si, dispõe-se a falar honestamente da sua vida e das suas dificuldades. A pessoa começa a aceitar, nesta altura, com a consciência de que o enfermeiro trabalha com aquilo que lhe oferece, viver a responsabilização progressiva da sua participação no processo de ajuda a si.

Ela, é assim, eu venho a uma consulta, marco com ela para a próxima. Fica logo marcada. (*Venho cá*) mensal, quinze em quinze dias, depende. Se eu posso vir naquele dia...se não, venho noutro. Prontos. Combina-se logo. Dá-me logo um papelinho, a hora e a data. (*Marco – 3*)

Há o tal acompanhamento...se quisermos conversar há aquela pessoa que nos ouve. Já falei um bocadinho com ela de tudo...acho que sim. Já tivemos muitas consultas. Geralmente é ela que marca. Saio daqui e marca para daqui a um mês, por exemplo. Tenho falado de muitos temas com ela. Falado de muita coisa...falado de tudo, da vida...de tudo. (*Vítor – 10*)

Falto poucas vezes. Uma vez ou outra falto, mas é muito raro. Agora a última vez faltei, mas porque não pude mesmo. Venho às consultas, depois de vir à consulta marcam logo outra, agora já tenho outra marcada para...uma próxima vez... guardo tudo para as marcações. Tamém não tenho assim muito para...quando tenho a consulta...falo, tudo o que tenho para falar. Assim de urgência, não. Mas não quer dizer que não venha a acontecer, não é? Um dia posso tar assim mais mal “Olhe, preciso...” (*Fernando – 12*)

A relação com o enfermeiro passa gradualmente a ser experienciada como uma constante securizante e contentora e a pessoa experimenta um senso de confiança que lhe permite passar a confiar-se-lhe mais intimamente.

(A enfermeira) é uma pessoa que é interessada e põe-se muito no...no meu lugar. Põe-se muito do meu lado...ou seja, ela não vê só o lado técnico, vê também bastante o lado...o lado pessoal, os sentimentos...vê isso tudo. E isso ajuda-me imenso e eu consigo, acabo por conseguir falar e desabafar. (...) ...ainda agora tive a chorar e...é vir a chorar e...e sente-se que do outro lado também, eu sinto, que lhe toca...e que sente... *(Pedro – 5)*

Sabe um bocadinho da minha vida (...) sabe que mais ou menos a minha maneira de ser, para ver o que é que dá para mim e o que é que não dá para mim. (...) Já houve boas notícias, aconteceu poucas vezes *(sorri)*. É bom, a pessoa vê que eu tou a fazer alguma coisa. Ela mostra...nota-se. Como também quando chego aqui mal, com um problema, também se nota que a pessoa fica desiludida...que fica assim um bocado coiso, por ver que as coisas estão a correr mal (...) a pessoa ficou assim *(sorriso triste)* “Como é que é possível isto ter acontecido”...fica assim um bocado...e nota-se, notou-se que ficou. *(Samuel – 8)*

Sinto-me compreendida por ela. Conhece o meu historial todo e sabe...dos problemas todos que eu tenho (...) quando venho bem...vejo que ela também fica, fica contente. Fica, parece que para ela...eu acho que a enfermeira leva isto muito a peito. Leva isto muito a peito (...) e ela fica contente com os meus progressos. Sinto isso nela. *(Lucinda – 9)*

Sentindo-se profundamente compreendida, a pessoa experiencia, nos seus avanços e recuos, afetar emocionalmente o enfermeiro.

E depois há outra coisa, é que...eu às vezes, eu já podia ter resolvido este problema, dos dentes e não sei quê...e tenho deixado adiar, adiar, adiar, e a enfermeira já me marcou consulta para a assistente social mais do que uma vez...e parece que não desiste! Volta a repetir, pronto. (...) E pronto, e ela não desiste, diz “Olha, vai ao...não trataste da outra vez, mas trataas agora...”...pronto. (...) Acho que é bom, por exemplo, se fosse uma pessoa “Não trataste disso, agora já não há nada a fazer...ah...já devia ter tratado, agora pronto, chapéu...não há nada a fazer...” Não é? E pronto...acho que é bom, acho que mostra interesse em mim. Se não também não vinha às consultas, se eu achasse que uma pessoa não coiso, o que é que eu vinha lá fazer? Não vinha. *(Fernando – 12)*

Valoriza o que sente como a perseverança do investimento em si sem nada lhe ser pedido em troca...

Não sei, é a profissão, o ofício, o trabalho da pessoa...às vezes empenha-se se calhar mais do que...não tem nada a ganhar, também não tem nada a perder e preocupa-se. E é uma pessoa que não conhece uma pessoa de lado nenhum, que apareceu aqui a pedir ajuda e...às vezes a gente que andamos lá fora lidamos com tanta gente e qualquer coisa querem sempre qualquer coisa em troca, não há nada de borla, seja o que for, tem que pagar...em troca disto...e a pessoa aqui acho às vezes que a terapeuta ou a enfermeira ou quem tá ali daquele lado...neste caso a minha terapeuta...dá e não pede nada. Às vezes só pede que eu..."Samuel, veja lá, não consuma, olhe pela sua vida...tá nesta situação assim, tá naquela situação assado...e agora desta vez veja lá se consegue...". É isso que eu vejo...não nos pedem nada em troca. Aqui dão ajuda sem pedir nada em troca. (*Samuel – 8*)

...e percebe, como refere o Samuel, os cuidados como dádivas.

...se não fosse aqui, não sei...tinha que ser à força. Não gosto de tar preso (*em hospitais, mas aqui?...*) NÁÁ!! (*não se sente preso*) (*Artur – 1*)

Tive sorte, por acaso...desta vez tive sorte, na terapeuta (*a enfermeira*) que me calhou (*riso*). Sinto-me à vontade com ela...é uma pessoa que...que me inspira confiança...porque pronto tem acompanhado...sabe os meus problemas, que eu conto-lhe, não é? Levo comigo (*as conversas com a enfermeira*), levo comigo. (*Daniel – 6*)

Vou daqui com uma paz...uma paz interior...vou bem. Eu saio daqui mais leve. Deixo cá as minhas frustrações (*emocionada*). Eu posso falar de tudo, de tudo, tudo, tudo o que me vai na alma que ela tem sempre uma frase amiga, tem sempre um...gesto, uma palavra, uma palavra banal, simples...de conforto...e que isso me ajuda...eu vou...chego lá fora, puxo do cigarro e vou a fumar devagar e...vou à beira mar, tenho o autocarro...e vou a pensar...em tudo. A nossa conversa vai no meu coração...eu rebobino a cassete e vou...ouvindo tudo o que ela me diz...levo a conversa comigo. E vou bem. (*Lucinda – 9*)

A pessoa experiencia não se sentir presa e acede, livremente, a deixar-se habitar pelo enfermeiro, que se torna significativo e presente no seu mundo interno.

Acho que tenho sido sempre bem recebido. Só se uma pessoa se chegar aqui e se portar mal, começar aos gritos...Há compreensão mas também há limites. É o trabalho delas e acho que o fazem bem. Pelo menos não se vê grandes algazaras, nem se vê grandes coisas. (*Vítor – 10*)

E com a enfermeira que me tá a acompanhar como minha terapeuta, é uma pessoa acessível, não posso exigir mais dela...até à data...não faz mundos e fundos mas...desempenha o papel dela...considero na perfeição. (*Samuel – 8*)

Pronto, não a trato por tu, não é, isso não. Isso há respeito. Pessoalmente não pode ajudar, assim, coiso, mas psicologicamente pode-me ajudar. Abro-me facilmente com ela. Abro-me mais com ela do que com outra pessoa qualquer. Porque sei que o que tou aqui a falar com ela que é confidencial tamém...que é sigilo profissional, não é? (*Marco – 3*)

Não vou dizer que é como um irmão, mas...falta pouco. (*Carlos – 2*)

Os limites da relação, agora intensificada, são vividos pela pessoa como necessários. Perceciona realisticamente o potencial da ajuda e procura preservar a intimidade que sente que passou a ter com o enfermeiro.

É um bocado uma muleta que eu tenho e que...é assim. Há que ser usada, essa muleta, isso é uma questão de interesse, não é? O meu interesse é ficar bem, o interesse da enfermeira é pôr-me bem. Não é que eu esteja bem. É o trabalho dela...e acima de tudo tamém é...é a autoestima dela que...que se eleva, não é? Sabendo que conseguiu alguma coisa, não é? Pronto, é lá a sua vitória, não é? (*Pedro – 5*)

...para ela parece que é mais...não queria dizer troféu, porque ela não iria gostar que eu dissesse isso,...mas...é como o chavão: faz a tua boa ação hoje do dia, pronto. Ajuda uma velhinha a atravessar a estrada. (*Lucinda – 9*)

Valorizada como o sustentáculo das mudanças posteriores que poderão ocorrer, como um apoio, a experiência de “se ligar” é percecionada ambivalentemente também à luz dos ganhos pessoais e profissionais que a pessoa supõe que o enfermeiro colhe com o investimento relacional que faz em si, como referem, em particular, o Pedro e a Lucinda.

Quando eu já há muito tempo que não marco consultas nem nada, e eles tão naquela “Será que ele tá bem, será que não tá?”. E o que eu penso. E devem querer ver com o é que eu tou, claro. Fico contente com isso. (*Diniz – 4*)

Eu acho que a minha terapeuta se visse se calhar se eu fosse um utente que não tivesse família e que tivesse na rua, e se calhar visse a necessidade de andar à minha procura porque eu precisava de ajuda, se calhar era pessoa para o fazer. Tem vários utentes, tem que olhar por eles, mas cada vez que venho aqui tomar a metadona, se é ela que tá ali a dar a metadona aos utentes, fala sempre comigo mais um bocadinho...(*Samuel – 8*)

Ainda assim, como narram o Diniz e o Samuel, uma vez ligada ao enfermeiro e à Equipa de Tratamento, a pessoa chega a fantasiar sobre como viveriam os técnicos a sua ausência. Sente que passou a ser significativa e que passou a ter uma existência privilegiada para os técnicos.

TEMA: O sentir-se representada

(tema comum a todos os participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Ludinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

E pronto, tenho gostado da ajuda, tanto dele (*do enfermeiro*), como aqui do CAT. Porque se não for o CAT ele também não poderia ajudar da maneira que eu ando, pronto tá tudo...tudo interessado. (*Carlos – 2*)

Do enfermeiro em particular...não...não espero grandes expectativas. Espero mais do ET no seu conjunto de...enfermeiro, psicólogos...assistentes sociais.... Espero mais do ET num todo, do que do enfermeiro só. (*O enfermeiro é*) como uma porta de entrada para chegar mais rápido...às outras necessidades do ET. Tem-me sido mais fácil chegar a outros sítios do ET através do enfermeiro. Porque ele tem-me ajudado bastante e ele tenta-me ajudar o máximo possível. O que pode, que ele não faz milagres. Dentro do que pode, aqui dentro, tem feito bastante aqui no...aqui no ET. (*Rui – 11*)

A perceção da complexidade das suas necessidades suscita na pessoa a noção de que a ajuda que necessita está para além da que o enfermeiro, diretamente, lhe pode proporcionar.

Tinha um problema aqui na perna...má circulação derivado a...pronto a injetar-me nas pernas, nos pés. Foi por causa de injetar na perna, na virilha, apanhou-me uma veia, a chamada veia do fogo ou o que é, e começou-me, inflamou o pé todo. Queria calçar e já não conseguia. E eu tava com medo, porque há pessoas que já cortaram a perna pelo joelho, por causa disso... Queixei-me à minha terapeuta e ela...deu conhecimento à doutora e perguntou quando é que ela podia ver o pé e isso tudo...marcou logo a consulta comigo, disse-me para eu vir cá, para a doutora tar um bocado comigo. Tá a ficar bom. Tava muito, poxa, tava muito pior. (*Marco – 3*)

Quando é alguma coisa que não pertence a ele, ele “Isto não é comigo, mas deixa tar, que eu falo com a doutora e ela depois há de marcar uma consulta contigo”. (*Diniz – 4*)

(*A enfermeira*) mesmo há bocado telefonou logo para...para a assistente social para marcar consulta. Disse que não tinha consulta marcada com ela e ela telefonou logo e pronto. (*Fernando – 12*)

Sentindo que os seus pedidos encontram eco na mobilização que o enfermeiro faz para a participação de outros técnicos da Equipa de Tratamento, a pessoa experiencia-o, progressivamente, como seu representante...

Tem-me ajudado em tudo o que é possível, tudo o que eu peço...às vezes peço-lhe para não vir de tão longe, tenho insónias, para me ajudar a dormir, ela fala com a doutora e ela receita hoje e depois para a semana eu levo. Venho cá buscar ou então vai pelo correio. É um favor que ele faz, às vezes mandar pelo correio...é um favor que ele tá a fazer...ele ao mandar, fogo, tame a ajudar. Já eu não gasto, pronto, dinheiro no transporte. Não tenho nada com ele, tenho tudo a favor. (*Carlos – 2*)

Saber que tenho aqui alguém que tenta-se conciliar as consultas com o vir buscar as tomas de metadona, que eu ando mal financeiramente neste momento, não é? “Dava-lhe jeito? Dá-lhe jeito...este dia? E a esta hora, dá-lhe jeito?”. (*É*) a forma de eu num dia levantar logo duas coisas. É como conciliar a consulta com o médico, no hospital, com a consulta aqui...ajudame nesse aspeto. Podia não lhe interessar. Pronto, não, compreende e tenta-se fazer a coisa dessa maneira...o que para mim é...é ótimo. (*Pedro – 5*)

...como narram o Carlos e o Pedro, essa representação individual, que justificam a partir do conhecimento profundo que sentem que o enfermeiro tem das suas necessidades e prioridades em cada momento, é vivida tanto como útil quanto gratificante.

O papel do enfermeiro tem sido o encaminhamento para todas as consultas, para assistentes sociais, psicólogos...tudo. Falo com o enfermeiro...ele trata-me das consultas, no espaço de uma semana tenho uma consulta marcada, o enfermeiro trata-me disso tudo. “Senhor enfermeiro, estou-me a sentir assim, assim, precisava de ajuda a este nível. O que é que você pode fazer...em relação ao meu problema?”. “Olhe, olha, vem cá daqui por dois ou três dias que eu falo contigo...”. E daqui por dois ou três dias eu passo cá à hora marcada e ele diz-me “Olha, daqui por...uma semana vem cá, tens uma consulta marcada com tal pessoa e... tens uma consulta marcada com o doutor tal e ela vai resolver o teu problema”. O enfermeiro, como meu terapeuta! Ele é que me encaminha para essas consultas todas. É a ele que eu me dirijo e ele trata-me disso, o mais rapidamente possível. (*Rui – 11*)

Já tenho falado com o enfermeiro para que ele fale com a assistente social do CAT, a ver se ela se pode por em contacto com a outra para nos encaminhar...mais rápido. Pronto, para que ele nos mande para a assistente social daqui do CAT, a ver se ela pode fazer alguma coisa para ajudar-me. (...) O doutor (*o enfermeiro*) falou com ela, falou com ela pronto, a ver se podia fazer alguma coisa por a gente...e agora temos consulta com a assistente social do CAT, agora no dia...dezasseis, acho eu. (*Carla – 13*)

Percecionando que ampliada pelo enfermeiro a voz das suas necessidades se faz ouvir junto dos outros técnicos da Equipa de Tratamento, a pessoa passa a procurar ativamente essa representação, pedindo-a diretamente.

Eles falam uns com os outros. Uma vez que eu tive aí consulta com a assistente social, era ele (*o enfermeiro*) e ela. Tão a quer-me ajudar. Fico contente. Tou a ver que tão, pronto ficam, interessados em ajudar uma pessoa, não é? (*Diniz – 4*)

Lá nessa parte eles são...cem por cento espetaculares. Têm sido sempre ótimos para ajudar. Têm-me ajudado sempre em tudo. Sempre, sempre. Falam todos em conjunto para ver se me podem ajudar nalguma coisa, não é? Sei que ela (*a enfermeira*) fala com a assistente social e com o médico (*do Hospital*) também. Sempre que há alguma coisa...tão em conjunto... (*Vítor – 10*)

Mediada pela ação do enfermeiro, a pessoa sente que a Equipa de Tratamento, no seu conjunto, se ocupa de si, na procura de respostas para as suas múltiplas necessidades...

Os meus projetos é que eu recupere...recupere...o mais depressa possível do problema de saúde que eu tenho...para que eu possa levar uma vida normal, como qualquer outra mulher (*emociona-se*)...Vejo o CAT a fazer parte disso, com a enfermeira, vejo. Sem a enfermeira não vejo... (*Lucinda – 9*)

...para a Lucinda, que valoriza igualmente a participação da Equipa de Tratamento como um todo no seu projeto para “levar uma vida normal, como qualquer outra mulher”, a ajuda da enfermeira é, ainda assim, vivida como imprescindível.

Há (*também*) contacto (*da enfermeira*) com o meu médico de família. A propósito de tudo...mesmo para as credenciais, mesmo para eu não pagar os exames e não sei quê. O meu médico liga para aqui e vice-versa. (*A enfermeira*) combina com o médico. Os papéis vão ao centro de saúde, é tudo carimbado e assinado pelo médico. (...) Ela tem conhecimento disso tudo. (*Daniel – 6*)

Depois também tenho outros problemas de saúde, que sou...seropositivo, tenho hepatite B...e C...e também me encaminha para o hospital para o meu médico, tem esse contacto...eu sei que têm contacto, um com o outro. Há coisas que ela vem a saber que não é da minha boca, tem que ser pelo...pela boca do médico. Se há alguma coisa quer saber, por exemplo a medicação que eu tou a tomar, para saber se é preciso aumentar a metadona, se não é... não desconfia de mim...mas liga para lá para saber e informa-se com o médico. Isso é normal. Também nesse ponto também tem ajudado muito...para que tenha as consultas e para que seja acompanhado. Muitas vezes, a maior parte das vezes é a enfermeira que...toca no assunto e fala no assunto. A medicação que eu faço, se tou a fazer, se não tou a fazer. Como é que me tou a dar com ela, isso também é falado aqui. Sim. (*Samuel – 8*)

Por exemplo, a enfermeira isto dos dentes...eu tenho os dentes todos estragados...a enfermeira disse que podia ir para Lisboa arrancar os dentes e arranjar a boca e tudo “Olha, a assistente social pode-lhe arranjar tais sítios para você...há este tipo de tratamento...você tá interessado?”. Como eu sou seropositivo posso ir à Abraço e arrancar os dentes de borla. E eu “Claro que sim, tou interessado não é? Arranjar a boca é uma despesa cara, para uma pessoa pagar. Se a segurança social me pode ajudar eu agradeço. Agradeço bastante, até”. (*Vítor – 10*)

Neste sentir-se representada, a pessoa experiencia também a intervenção do enfermeiro na resposta às suas necessidades que estão para além da possibilidade de ajuda oferecida pela Equipa de Tratamento. Sente-se orientada no acesso a outras instituições de saúde e sociais e percebe como em seu favor a comunicação que se estabelece e mantém entre o enfermeiro e os outros técnicos...

Eu tinha uns processos em tribunal.... E eu às vezes precisava de qualquer coisa, uma declaração daqui, ou da assistente social...e ele (*o enfermeiro*) tratava-me disso tudo, falava com as doutoras...depois tinham reuniões comigo, pronto, consultas.... (...) Começaram a ver que tava tudo bem, comecei a entregar os papeis em tribunal, viram que tava tudo, telefonavam para cá, pediam para verificar tudo, tava tudo em computador, tava tudo bem...Eles compreenderam-me e até hoje, até os testes que faço está tudo bem, sou vigiado...tudo bem...até hoje, e não torno a querer nada com isso. (*Diniz – 4*)

...o Diniz, em prisão domiciliária com pulseira eletrónica, conta como também se sentiu representado pelo enfermeiro e pela Equipa de Tratamento, quando estes foram solicitados a reportar a sua evolução no processo de recuperação junto das autoridades judiciais e policiais...

Pronto, ele também nos deu muita ajuda, porque a doutora (*a assistente social da Segurança Social*) veio aqui saber de nós. A ver como nós estávamos e...se não tínhamos tido nenhuma recaída...e a dose... Ela veio mesmo aqui ao centro para ver como nós levávamos o tratamento. Se tínhamos alguma recaída...se tínhamos doping (*os testes*) positivo...como, pronto, da maneira como a gente estava. Então ela viu que estávamos bem, que estava tudo bem, que estavam os testes todos, todos normais e...e deram-nos o rendimento... Mas pronto, isso já é alguma coisa, mas...é pouco. (*Carla – 13*)

...para a Carla, por seu lado, esta representação do enfermeiro junto da Segurança Social foi vivida como determinante para a atribuição de uma ajuda financeira (o Rendimento Social de Inserção), uma das suas prioridades na altura.

Na altura a minha mãe nem sequer sabia que eu tomava metadona. Ela não soube quando comecei a fazer o tratamento mas acabei por lhe dizer...já depois de cá estar. “Olhe a minha mãe já sabe...” “Ah, atão depois traga-a consigo um dia...”, ela (*a enfermeira*) é que foi a própria a dizer...”Tá bem, assim, quando isto tiver mais calmo, atão depois eu trago-a...”. Passado dois ou três meses ela quis vir comigo, mas ainda não acabou por vir. há de vir um dia aqui comigo...para conhecer a enfermeira, para dizer como é que funciona isto. Dizer que eu não ando a consumir drogas, que a gente fazemos testes todas as semanas...esse tipo de coisas. Porque a minha mãe é uma pessoa muito...como se costuma dizer, é assim um bocadinho atrasadinha, atrasada nesse aspeto...das drogas e coiso. Para ela a droga é uma coisa muito...é um horror. Como tem sido, não é? Acho que se a enfermeira for explicando as coisas como ela explica, acho que ela fica a perceber...um bocadinho melhor o que é isto. É muito bom para ela ficar a saber isso da boca de uma enfermeira. É sempre bom, fica mais descansada, eu acho que sim. Mas há de vir cá um dia. (*Vítor – 10*)

Para além da representação institucional, dentro e fora da Equipa de Tratamento, o Vítor experiencia o enfermeiro também como um parceiro que o pode vir a representar junto da sua família, suprimindo as suas dificuldades de tradução do tratamento e de credibilização das mudanças. Como refere quando lembra as desconfianças da mãe resultantes de todos os anos em que tem sido dependente de substâncias.

TEMA: O sentir-se investida

(tema comum a todos os participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

A gente quando vem começar o tratamento tem que assinar um papel. E lê, antes de assinar lê, e aquilo tá lá a dizer que não se pode beber álcool, nem tomar comprimidos sem autorização, que sejam medicados aqui pelo CAT...prontos, coisas assim...e nem consumir heroína nem cocaína porque pode dar...uma overdose...a metadona também é um opiáceo. E ela é que me acompanha na metadona, ela é que sabe se eu, se eu tenho que reduzir, se eu não tenho...ela é que...se eu acusar nos testes, ela é que sabe o que é que me pode fazer, prontos, ela é que sabe de tudo. (*Marco – 3*)

A gente quando começa a tomar metadona dão-nos um papelinho, tipo contrato. Temos que fazer isto, aquilo, aqueloutro, se houver testes positivos acontece isto, aquilo, aqueloutro, se faltarmos a consultas...prontos, há os castigositos, como se diz. Se eu meter a pata na poça, eles...cortam-nos as rédeas, não é? Se houver um teste, como houve, o teste coiso (*positivo*), tinha que cá vir todos os dias! Isso eles não perdoam, há aquela regra. Enquanto o teste não der negativo, eles não dão novamente para levar para casa, há as regras não é? Vim cá todos os dias como os outros e pronto. Depois noutra semana já deu negativo, já levei para casa. Todas as semanas faço o teste, tem-me dado negativo...é melhor. São os benefícios, claro. Levar para casa e...e termos descansadinhos da vida sem ter que cá vir todos os dias é muito bom. Levo (*a metadona*) para casa. Venho cá uma vez por semana e levo para casa. Para mim é melhor. (...) Esforço-me sempre por portar-me bem. Temos que chegar cá e mostrar os testes bons...e temos que fazer por isso. (*Vitor – 10*)

Desde muito cedo no acompanhamento, no quadro do contrato de cuidados que acorda com a Equipa de Tratamento, a pessoa experiencia o seu comportamento de consumo de substâncias psicoactivas como tendo passado a ser controlado pelo enfermeiro. Associando os benefícios e as sanções ao seu comportamento, integra gradualmente os limites desse contrato, procurando os ganhos de modificar, no dia a dia, o consumo das substâncias.

Deram-me uma ajuda, fizeram-me os testes, tudo, que até hoje nunca mais...toquei em nada... (...) Tem corrido tudo bem, graças a Deus. Já me fez o teste da Sida. Tá tudo bem. De seis em seis meses faço exames a tudo. Marca-me as análises para fazer, de vez em quando, de seis em seis meses ou de quatro em quatro meses Tinha apanhado a hepatite C, ou que é, ele diz que está estável, que tá fixe, que tá boa. Tou-me a sentir bem. (*Diniz – 4*)

Em relação ao meu tratamento, sinto-me bem...as análises aqui são o rastreio à urina. As análises ao sangue já não é aqui. Passam-me então as credenciais, não é? Passam-me as credenciais com as análises que são necessárias fazer...e isso é combinado com a enfermeira. Se eu precisar de fazer umas análises ou qualquer coisa mais...ela passar-me-á as análises e o que for necessário. Uma vez, duas no ano, é conveniente fazer. Não que procure alguma coisa, mas gosto de saber como é que estou, para a idade que eu tenho...mas pronto, gosto de saber como é que estou. Como é que está o sangue, como é que está a situação. (*Josué – 7*)

Percecionado como um modo de ajuda, este controlo externo é valorizado pela pessoa como um investimento que o enfermeiro faz em si, e que passa a ser procurado ativamente como uma confirmação da medida e da manutenção das mudanças no seu estado de saúde...

(*Para reduzir a dose de metadona*) eu tenho que pedir autorização ao enfermeiro. E ele, “Então pronto, vamos lá a a ver como é que tu tás, se tá tudo bem”. Para dizer se tá tudo bem, se não tá tudo bem, com os testes, com tudo, pergunta aos outros enfermeiros. E então ele disse “Bom, então vamos experimentar reduzir, pronto”. Reduzimos. Ele dá a ordem. E eu disse “Se eu vir que tá mau, eu volto a subir”. “Se sentires alguma coisa, tu avisas-me logo. Se sentires mal, telefonas, para aqui ou vens cá ou deixas recado que então aí a gente aumenta logo. Que é para não sentires mal”. (...) E ele até me disse, até se for uma pessoa começar a reduzir muito e depois sinta falta, ou qualquer coisa, pode-se cair. “Não, nunca recaias, depois de ver que tas mal, telefona-me imediatamente para aqui para o CAT, falas com a doutora que tá cá, se vires algum problema, se não puderes cá vir, ou pedes autorização ou vem cá a tua mulher...pá, a gente resolve isso e aumenta como tava, para estabilizar”. Eu “Tá bem”.

...neste sentido, como diz o Diniz, também o desejo que sente para reduzir a dependência às substâncias de substituição é submetido ao juízo do enfermeiro, tanto na procura que faz da confirmação da possibilidade de o fazer em segurança, quanto na necessidade de se sentir suportado, no temor pelas dificuldades que antecipa poderem decorrer dessa decisão.

Mas esta luta é tão grande...você está a ver, você é filho e no espaço de dois anos perde pai, perde mãe, perde uma sobrinha, perde os irmãos todos...fiquei completamente de rastros. Se não fosse a enfermeira era capaz de ir para aí tomar um bocado daquilo ou meter-me naquilo, ou sei lá, pá. Podia ter acontecido, ou no álcool. A gente devemos falar disso, de tudo. A vida continua. Meti uma pedra em cima daquela situação. Custou-me pronto. Eu levantei-me. Há pessoas que não, também estão na merda. Alguns estão presos. (*Josué – 7*)

No contexto do trajeto na Equipa de Tratamento, a pessoa perceciona a recaída como uma possibilidade real. Nesse vivido, como refere o Josué, a relação com o enfermeiro é experienciada como protetora da passagem ao ato do consumo, e das consequências que daí poderiam advir.

Agora foi ao fim de um mês, tive uma recaída pronto. Mas se eu tivesse, tivesse deixado arrastar, eu ia mesmo ao fundo do poço e...sei lá...talvez já não voltasse a cima. Porque tou com problemas de saúde, tou...o meu companheiro faleceu...(emociona-se e chora)...foi tudo ao mesmo tempo. Mas eu antes que a coisa se aprofundasse mais, vim logo aqui ao fim de um mês. Vim aqui ao fim de um mês e pronto, eu pedi para ficar com a doutora (*a enfermeira*) e ela assim..."Nem podia ser de outra maneira...ficas comigo.". (*Lucinda – 9*)

Mas sim, eu estava a consumir e tive que falar com o doutor (*o enfermeiro*), com o doutor, que tínhamos tido outra recaída. O meu marido já não tomava metadona. Só eu é que tomava a metadona...mas consumia também... Eu tinha confiança com o enfermeiro...só o comentei normalmente. Não é problema...não tinha...pronto, não tinha nada para esconder, para dizer. (...) Mas pronto, eu já quando o disse...pus-me com vontade de querer...queria deixar outra vez a droga. O que se passa é que tinha que aumentar a dose porque a metadona que estava a tomar mais o que estava a consumir, a dose não me fazia nada. Ou seja, tinha que aumentar. (*Carla – 13*)

Agora há pouco tempo até tive uma recaída. Andava bem...depois uma brincadeira, uma festa...pronto...é uma pessoa ter um azar...e perde o controle. E não fugi, foi a primeira coisa que fiz foi vir cá. Isso ela fez do princípio. Se eu precisasse de alguma coisa, era só dirigir-me aqui e...contactar com ela. Nem tinha consulta nem nada, mas precisei de vir cá falar com ela...encontra-se sempre um lado positivo...pelo menos para mim. (...) Senti-me mais seguro...isto ao fim e ao cabo nós não andamos aqui a enganar ninguém, enganamos é a nós próprios. (*Daniel – 6*)

Ainda assim, a experiência da recaída é uma presença frequente nas narrativas de todos os participantes. Vivida como uma perda de controlo interno que não consegue reapropriar sozinha e que lhe anuncia a

intensificação dos consumos, a pessoa intenta, na procura que faz do enfermeiro após recair, mobilizar essa fonte de controlo externo, ao mesmo tempo que acede a significar a recaída em conjunto e a integrar essa nova compreensão de si e da relação com a substância.

Eu faço por ter um lugar aqui no CAT (*riso*). Enquanto cá andar pelo menos sinto-me seguro. (*Vítor – 10*)

Ela dá força à gente...ela também é como uma psicóloga. Ela faz também, conversa connosco...dá força para a gente ver a vida de outra maneira... dá-me força para eu não desanimar, para ter força para lutar, para vencer...para ultrapassar estes obstáculos...estou satisfeito com ela, que ela tem-me ajudado bastante...que eu tenho tido problemas e ela tem até me ajudado a ultrapassar isso... (*Marco – 3*)

Eu às vezes até posso ter isso na cabeça, mas tenho aquele receio, será que devo, ou será que não deva, e fico naquele impasse e acabo por...parece que sinto segurança. A enfermeira tá um bocado *backstage*. (...) Encaro as coisas de outra forma, ganho segurança nas coisas que faço. Não faço coisas a tremer. Dá para eu ganhar segurança...e sinto-me mais seguro... ela até me disse “Telefona-me...seja lá o que for. Se eu não tiver, alguém há de tratar o seu problema”. (*Pedro – 5*)

Experienciando, com satisfação, a segurança e o reforço que encontra na ligação à Equipa de Tratamento e ao enfermeiro, a pessoa transforma gradualmente a sua perceção sobre a possibilidade de escolher com segurança...

Eu posso dizer que aqui veem a parte humana. É bom, a gente gosta de saber que há alguém que diz “Sim senhora”. É capaz de dizer “Tens que tratar disso e veja lá...” ou seja, não me repreende, faz-me é ver...as coisas de outra forma “É assim, se você não fizer, você é que vai sofrer as consequências. Se não tratar destes papeis agora, vai tratar mais tarde, quanto mais tarde tratar, mais tarde tem as consequências”. Isto por causa da reforma. “A opção é sua”. (*Pedro – 5*)

Ela (*a enfermeira*) geralmente...pronto, ela aconselha-me, não é? Mas pergunta sempre a minha opinião. E quando eu não concordo, não concordo, não é? Mas geralmente estamos sempre...em sintonia. (*Quando por sua vez faz uma proposta*) ela também está recetiva a isso, sempre. Tanto mais que vai haver aí um programa de desenho e pintura e coiso e...e estou a pensar seriamente em aderir a isso. (*Daniel – 6*)

(*Com a enfermeira, as decisões*) são acordadas entre nós. Ela pergunta-me “Como é que acha melhor?”. Propõe-me, sim, propõe-me. (...) É assim... Faz sentir bem. Acho que...pronto, faz-me sentir bem. Faz-me sentir que eu não sou obrigado...a nada, que eu é que quero. (*Fernando – 12*)

...e sentindo-se progressivamente chamada a participar nas decisões sobre os seus cuidados, experiencia ser ouvida nas suas motivações e receios, considerar em conjunto as consequências das opções e, de forma gradual, viver as suas escolhas com maior autonomia e confiança.

Agora...há aquela confiança. Ainda hoje, por acaso reparei e comentei isso, há bocado, com a enfermeira, eu de manhã vim cá buscar a toma, para a semana, e fiz uma toma, ela encheu os frascos que tinha a encher...é uma toma por dia repartida, são mais frascos, não é? São dois por dia...e só depois de me dar os frascos e eu guardar os frascos no meu bolso é que me deu o copo para fazer o teste. Só por aí já demonstra que...pá...ela confia que eu já não tenho consumos. Ela sente que eu já ultrapassei isso. Não falámos em consumos, pura e simplesmente. Tivemos aqui uma hora...e não falámos em consumos. (...) Sinto que cada vez mais a enfermeira tem mais confiança em mim. (*Pedro – 5*)

É acessível naquilo que lhe compete fazer...não tem a obrigação de me andar a ligar...a saber se consumi, se não consumi. Não é aquela pessoa que se for preciso tá-me a ligar para casa todos os dias...Samuel então, como é que tá? Hoje consumiu, não consumiu? Não...não faz isso, não é? Se calhar também não vê necessidade disso... (*Samuel – 8*)

...ela pôs-me as tomas para eu levar para casa, mas já me está a dizer “Lucinda, não te vais fechar em casa. Eu vou-te dar as tomas mas isso não é caso para tu te fechares em casa, dias inteiros a fio. Sai, vai para a rua, vai para o parque...”. Levo as tomas para casa...e escuso de vir aqui. Mas posso agradecer à enfermeira. (...) É um voto de confiança bem grande...(...) muitos estão aqui meses e meses e só podem levar quando tão a trabalhar. (*Lucinda – 9*)

Vivendo com agrado a confiança que sente que o enfermeiro passou a ter em si, a pessoa sente-se confiável. Inicialmente percecionado como exercido pelo enfermeiro, o controlo sobre os seus comportamentos de consumo das substâncias é, agora, progressivamente experienciado como podendo ser partilhado.

Consegui arranjar (*trabalho*)...andavam a ver se conseguiam me arranjar...agradeço muito a elas, agradeço mesmo... “Pronto eu já tou curado, já tou bem curado! Posso mesmo dizer que tou mesmo cem por cento, mesmo curado...Não tou noventa e nove por cento, tou cem por cento”. (...) ...disseram-me (*a enfermeira*) “pois você ainda tem pouco tempo, por causa do álcool”...ficaram com um pé atrás porque é pouco tempo...que eu deslaguei...e eu também já pensei p’a mim próprio, porque acho que foi muito pouco tempo. Muito pouco tempo. (*Artur – 1*)

Olhando-se também a partir do olhar que o enfermeiro lhe devolve, a pessoa cotraduz os seus vividos no tempo presente, como conta o Artur sobre o momento em que, contente por ter conseguido arranjar trabalho, anunciou que já se sentia “curado”...

...falamos sobre isso. Por exemplo, agora como eu ando, tar assim, deprimido e não sei quê, isto pode ser uma...uma forma de eu recair, porque não ando muito bem e não sei que mais...e é perigoso, não é? Tenho que...ter cuidado porque posso recair. Pronto tenho que dar a volta, não é? É assim. Consigo refletir mais...do que tar a pensar sozinho não é? Ajuda-me. (*Fernando – 12*)

...quando eu chego aqui...tava dois, três dias sem vir tomar a metadona e depois quando aparecia...ah...via no estado em que eu tava, quando aparece assim mais magro, quando aparece assim mais relaxado...barba por fazer, banho por tomar...prontos, vê-se que a pessoa...e diz “Samuel, agora você tá mais magro, Samuel você tá...anda assim outra vez...Samuel, eu já o vi assim...”. E vê-se... É um aviso que a pessoa tá-nos a dar...”Olhe que vai voltar outra vez à mesma coisa...” (*Samuel – 8*)

...ou ainda o Samuel e o Fernando, que narram a tomada de consciência sobre o aumento do risco de recair, este por se sentir mais deprimido e aquele por descontinuar as tomas de metadona.

Ou seja, é uma pessoa que qualquer pessoa gosta, dá valor, tá cá para dar valor, por aquilo que eu faço. Pelo pouco que eu faço...compreende o meu esforço e o sacrifício. Compreende e valoriza aquilo que eu faço. Pouco ou muito, valoriza. Ou seja, dá-me valor. Porque eu não dava valor a mim próprio em nada. Nada. E ela valoriza-me...bastante. Pronto, ajuda-me imenso. Dá-me outro ânimo, não é? (*Pedro – 5*)

Envolvida num processo de mudança, a pessoa sente que é valorizada nos seus esforços, por pequenos que lhe possam parecer, e também enquanto indivíduo com valor próprio.

TEMA: O situar-se na sua história de consumos

(tema comum à maioria dos participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O situar-se na sua história de consumos	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x

Porque ele...compreende muito a gente por causa da doença. Isto é uma doença...por exemplo, tenho aqui um caroço e ao falar disso o caroço...salta. Ou para cima ou para baixo, não interessa, mas desaparece. Fico aliviado....
(Carlos – 2)

Descarregar um peso das costas. Descarregar um peso das costas. Venho com uma cruz de pedra em cima das costas. Venho assim (*curva-se para a frente de forma pronunciada*)...e quando saio daqui saio (*endireita-se e respira fundo, teatralmente*)...saio assim...mais aliviado, mais...mais coiso. Parece que deixei o peso em cima das costas do enfermeiro... (Rui – 11)

Já fiz um pouco de tudo na vida, já tou como Saramago...esse Deus, esse filha da puta, esse ganacioso...se ele existe...é muito injusto (*silêncio*)...(a enfermeira) dá-me muita força...eu não preciso só de medicação. Vou daqui com uma paz...uma paz interior...vou bem. Eu saio daqui mais leve. Deixo cá as minhas frustrações (*emocionada*). Eu posso falar de tudo, de tudo, tudo, tudo o que me vai na alma que ela tem sempre uma frase amiga, tem sempre um...gesto, uma palavra, uma palavra banal, simples...de conforto...e que isso me ajuda... (Lucinda – 9)

Falar por falar, desabafar...a dor continua lá. Aqui é diferente. Falo, desabafo e analisamos as coisas em conjunto. Há as opiniões...trocamos muitas informações e conversamos muito. É falar...querer saber o que vai lá dentro.
(Pedro – 5)

Sentindo que o pode fazer com segurança, a pessoa acede gradualmente ao seu sofrimento. Expressa-o ao enfermeiro e valoriza o alívio que a partilha lhe proporciona, bem como a possibilidade de o pensar em conjunto...

Agora em questão aqui ao enfermeiro...sinto-me bem a falar com ele, consigo desabafar tudo e mais alguma coisa...é por exemplo, é como se fosse eu tar a falar comigo num espelho. Eu olhar para o espelho e ver-me... cara a cara... pronto é um bocado, não quer dizer que teja a falar, não é? Mas se for um pensamento, ajuda-me a pensar as coisas. Posso por em cima do lavatório e..."Filha da mãe..., porque é que tu fazes isto? Podias ser isto, podias ter aquilo, podias ter um carro, podias ter filhos, podias..." Essas verdades que a gente fala. Conseguir desabafar comigo mesmo. Tá ali o espelho, tou a olhar

para o espelho e...se há alguma coisa para sair, falo e não tenho problemas nenhuns, não tenho vergonha em falar. Em tar a falar como um espelho, com o enfermeiro...por causa da maneira que a gente quer...falar, pronto, desabafar. Sinto-me superbem, com o enfermeiro. (*Carlos – 2*)

...o Carlos narra como chega a experienciar o enfermeiro como um espelho, com o qual “desabafa” e se sente ajudado a “pensar as coisas” do seu presente, mas também do seu passado.

Eu acho que eu já vivi tanto na minha vida que às vezes acho que não tenho nada para descobrir. (...) Tenho quarenta e nove anos mas parece que já vivi cem (*silêncio*)... Não é fácil. Há sentimentos que às vezes uma pessoa quer descrevê-los e não há, não há palavras que possam descrever, só nós os sentimos... e eu não sou boa a falar. Nem eu tenho estas conversas com mais ninguém, não é? A não ser com ela. Falo abertamente com a enfermeira coisas que eu às vezes nem quero falar e não sei quê, mas...nesse momento “Ah, há aí mais alguma coisa...” e eu acabo por...(sorriso triste)...depois uma coisa leva à outra. As coisas do passado, o passado nunca se deve esquecer para que ele nunca se volte a repetir. (*Lucinda – 9*)

Falamos do passado. Por exemplo que no passado aconteceu assim, agora esta maneira como é que está a acontecer ou na sequência “Samuel, da outra vez foi assim, desta vez vamos lá a ver se não volta a ser...recorda-se como é que foi?”. Falamos do passado também. De situações que se passaram passadas. (...) Os problemas da minha vida têm sido sempre é os consumos. O resto vem por causa dos consumos. A minha vida tem sido sempre a consumir drogas. Os problemas que eu tive tem sido tudo por causa da droga, de andar sempre lá metido...chegar de rastos. Chegar de rastos tipo uma pessoa tar em...em desespero...que as coisas tão mal. Fisicamente...família, tudo. (*Samuel – 8*)

Hum... Eu acho que isto da droga tem a ver muito com, com os sentimentos das pessoas e...em saber lidar com os sentimentos e...eu acho que não sei muito bem lidar com os sentimentos e...acho que vem...vem de já muito atrás...quando era criança, quando era infantil...acho que vem daí... Falo. Sinto. Falo dos meus pais, também. Ela fala muito, eu vivo com os meus pais...fala muito como é que está os meus pais...a minha mãe...eu sou muito igual à minha mãe...e falamos muito nisso... A minha mãe também é uma pessoa que se fecha muito em casa e dorme muito, mete-se muito na cama...e eu sou um bocado igual a ela... Ela parece que...também é drogada, porque toma muitos comprimidos. Eu às vezes vejo a minha mãe assim...como uma drogada. Apesar de não ser, mas a droga dela é os comprimidos, é...parece que tem os mesmos sintomas que eu, as mesmas, as mesmas dificuldades que eu (*suspira*). (*Fernando – 12*)

Sentindo-se convidada a pensar a sua história pessoal em ligação ao consumo de substâncias, a pessoa experiencia dar início a um cossignificar a

sua narrativa. Apesar de vivida como uma experiência dolorosa, esta revisitação do seu passado é sentida por si como um passo necessário no processo de recuperação:

Passei muitos maus bocados...quando falo nesse assunto até me vem lágrimas aos olhos, que eu dormi na rua muitas vezes...passei noites fora de casa...meti-me na droga aos catorze anos...aos dezasseis meteram-me na rua...não tinha onde viver e...dormi na estação dos comboios. Corriam comigo da estação dos comboios, os senhores dos comboios, cheguei a dormir no parque...num banco do parque à chuva, tapado com jornais...a chover em cima dos jornais e eu acordar molhado. (...) Conto-lhe bastante a minha vida, principalmente as minhas dificuldades agora. *(Mas)* nunca falei da minha história com ninguém. Com ninguém. Só a minha esposa é a única pessoa que conhece a minha história. Não é um assunto que eu particularmente...me agrada muito falar...ahhh...é um assunto que a minha esposa conhece. *(Com o enfermeiro)* não senti necessidade, nem...nem gosto muito de falar desse assunto. É um assunto que eu prefiro esquecer! Até ao momento em que entrei para a cadeia não tive vida. Não tive vida, não vivi, não existi, não...para ninguém... *(Rui – 11)*

Ainda assim, habitado pelas memórias de uma história difícil que aflora na entrevista mas que diz “preferir esquecer”, o Rui conta como se emociona quando se dispõe a falar dela. Sente que consegue falar bastante com o enfermeiro sobre o seu presente, mas vive ainda com dificuldade pensar sobre o passado que lhe é mais penoso, e que só a esposa conhece.

Quando eu comecei a beber, puxava-me...ficava a pensar “éh pá, eu agora apetecia-me agora beber um copo de vinho”. Era uma coisa que eu adorava, eu bebia o bagaço como tava a beber água. (...) Eu comecei a beber tinha uns catorze, quinze anos. Já apanhava as minhas cabeças...já o fígado já tava a inchar...eu chegava a ir em coma pó hospital...muitas vezes. (...) Que eu chegava ao ponto, a beber um café, metade do café ia para todo parar ao chão. Eu tremo, eu tremo mas já não é tanto. Eu tremia...por causa do álcool. *(Artur – 1)*

A vida de...de tóxico a gente não tem paz. É aquela lufa-lufa todos os dias, seja de que maneira for, roubar, enganar, a arrumar carros, seja quando é que for, ao frio...é sempre aquela coisa, aquela lufa-lufa para arranjar dinheiro...heroína e cocaína...e é a degradação e é tudo. Completamente degradado. A nível físico, a nível psicológico, tava...completamente de rastos. Não via perspectivas nenhuma de...de nada. Sentia-me completamente perdido. Tava a caminhar para a destruição...mesmo. Eu sou seropositivo e a

nível de doença tava...não conseguia andar, tava...super magro...tinha montes de feridas. (*Pedro – 5*)

Cheguei a uma degradação na vida que você não faz a mínima ideia. O problema que eu tinha diariamente para arranjar as doses e todas essas porcarias, e todos esses problemas que advêm daí, do vício, pronto, nós ganhamos um vício tal que depois já não é só o vício, aquilo chega a um ponto onde já não é para nada, é só para nos tirar o problema de sentirmos dores no corpo, não é? Aquela ressaca malvada que aquilo leva-nos quase à morte. A mim levava, de certeza, a mim levava, levava. E à medida que o tempo vai passando nós vamos aumentando a dose, não é? Pois, que aquele bocadinho já não dá...depois outro bocadinho já não dá, e etc...por aí fora...e vamos aumentando, aumentando...chega aquele dia que...eu vou fazer isto tudo e pronto, acabou-se. Eu já, para poder trabalhar, eu tinha que tomar isto logo de manhã, se não era impossível, onde é que eu me levantava para ir trabalhar o dia. O dinheiro que ganhava era todo para bater. Eu com cinquenta e quatro anos...há quanto tempo é que já andava metido nesta porcaria. (*Josué – 7*)

Neste pensar-se, a pessoa toma consciência da incapacidade que experienciou para controlar o uso da(s) substância(s) e recorda o sofrimento que viveu ao longo dos anos em que consumiu.

Tive muito tempo a dormir na rua...foi pela minha cabeça, foi por mais nada. Fiquei sem a minha filha...a minha filha tá numa estituição (...) Eu não tinha condições pa criar a minha filha...p'a criança tar mal?...pa passar fome, passar frio, como eu passei? (...) Eu tamém fiquei sem ela porque eu tamém sou terrível, é o álcool (...) Isto dói muito, pra mim dói muito, não há dia nenhum que eu não pense na minha filha...(emociona-se e respira fundo)...eu até nem gosto de tar a falar nisto porque...porque é chato, é chato, não é chato, é triste...e eu tamém lhe digo uma coisa, eu tamém entreguei-me mais ao álcool...entreguei-me mais ao álcool quando eu soube que fiquei sem a minha filha... Relaxei-me...que eu não era assim. Era um rapaz...era outra pessoa...eu...(dificuldade em falar) (...) Começo a pensar o é que, o que eu...a asneira que eu fiz. Agora...ando p'ra minha cabeça...é mesmo apagar a asneira que eu fiz...as coisas passadas é pra mandar pra trás das costas (*mas*) não posso esquecer muitas coisas...a borrada que eu fiz, do álcool...não. (*Artur – 1*)

...a pessoa depois é tudo, e é a família, é tudo...e dinheiros, e a pessoa destrói tudo não é? Depois penso, nesta altura já devia ter um filho e...se não andasse tanto tempo nesta vida...e depois uma pessoa começa a lamentar o que fez, não é? E o tempo não volta a trás, não é? Aí é que está. Ainda tenho (*muito tempo à sua frente*) mas se soubesse o que sei hoje, uma pessoa diz sempre “Se soubesse o que sei hoje”...se calhar até fazia tudo igual, não sei. Mas se calhar se soubesse o que sei hoje... (*Isabel – 14*)

E, evocando dolorosamente as várias perdas que viveu, acede a elaborá-las, anunciando uma compreensão progressiva da sua responsabilidade nas escolhas que fez no passado...

Mas também há certas coisas do passado que a gente...por exemplo, a morte de uma pessoa querida que nós perdemos,...são coisas que eu ainda não associei bem. *(A Lucinda perdeu o seu companheiro há um ano)* eu nem sabia onde é que ele tava enterrado, porque ele morreu na cadeia...e foi ela que me ajudou...a saber onde é que ele tava enterrado...e eu fartava-me de gastar dinheiro a telefonar para aqui e para ali e para aqui e não consegui. Ela conseguiu. E isso é...isso e outras coisas mais...devo-lhe muito. Era importante para mim...muito importante *(silêncio)*... *(Lucinda – 9)*

...sobre a elaboração das perdas, a Lucinda, cujo companheiro faleceu há um ano enquanto estava detido, conta em particular como foi para si importante no processo de luto a ajuda que a enfermeira lhe deu *(na identificação do local da campa no cemitério do estabelecimento prisional e na visita que aí fizeram juntas)*.

Derivado à idade que tenho, tenho que ser eu próprio, eu é que tenho que dizer “já chega, já chega”....para começarmos a construir a vida, porque a gente está no zero, cá em baixo, tamos a recomeçar de novo. *(Marco – 3)*

Soube que era seropositivo...e foi nessa altura veio tudo junto e pensei “Porra se quero viver mais uns aninhos, não posso nem drogas, nem...tenho que fazer os tratamentos...tanto do VIH como da tuberculose” e foi isso que fiz. Pus na cabeça...que ia viver. É o que eu tenho feito. Foi quanto ganhei. Se eu quero cá tar...*(riso)* é melhor andar sossegadinho, senão...pronto. Se eu me começo a drogar pronto, de um dia para o outro, começo a ficar fraco e prontos, e vou. *(Vítor – 10)*

É muito difícil, mas...a vida e os meus filhos e...dão-me força para continuar a lutar...tenho muitos problemas. Eu quero antes viver assim nesta vida que...que cair na droga! Muito. Prefiro ter esta vida que tenho em vez de estar metida na droga, de verdade...*(Carla – 13)*

Contemplando as consequências do seu futuro como dependente das substâncias, a pessoa narra a responsabilização gradual pelas escolhas que faz no presente, na procura de uma vida diferente, que deseja como melhor.

TEMA: O modificar o padrão de relação com a substância

(tema comum à maioria dos participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O situar-se na sua história de consumos	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
O modificar o padrão de relação com a substância	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x

Foi um bocado difícil, porque o corpo, o corpo já tá habituado aquele, à bebida. O álcool é como a droga. O corpo sente...uma pessoa que teja habituada aquilo, tira aquilo de repente...o corpo sente...é como o tabaco. Se eu tiver um dia sem fumar começo a tremer por todo o lado. Eu quando deslaguei eu andava um bocado stressado....e de que maneira (*risos*), mesmo com os comprimidos, às vezes nem paciência tinha para a minha mãe, nem para a minha família. Diziam-me qualquer coisa e eu desparatava. Porque era a faltar-me um bocado de qualquer coisa cá dentro. (*Artur – 1*)

Centrando-se nos vividos de um corpo que narra como fora de si, o Artur lembra como se sentiu exaltado ao experienciar o vazio corporal deixado pela falta do álcool...

...nós com a heroína não tínhamos dores, nada, não temos doenças, não temos nada. Tirava-me as dores, e eu às vezes até “Dói-me os dentes...”, foi assim que isto começou, na brincadeira. “Dói-me os dentes, dói-me a barriga!”, aquele experimentou “Ai isto tira as dores!”, é assim que as coisas começam. (...) Quando parei veio-me tudo, veio-me tudo. Aquilo...depois vem tudo. Tive uma pneumonia, tenho às vezes umas cólicas renais e tal, coisa que nunca tinha. Aquilo deve ter camuflado tudo e agora vem tudo. (*Isabel – 14*)

...a partir um corpo impregnado na substância e vivido como invulnerável, sem “dores”, a Isabel conta como parar de consumir heroína permitiu, no seu entender atual, que desde aí se manifestasse toda uma vulnerabilidade física supostamente camuflada, até então, pela substância.

...eu comecei muito novo...por isso é que o meu corpo custou mais a desmaginar do do...do corpo. (...) A (*fase*) física, sai em pouco tempo, agora a psicológica não...não é nem num ano nem é dois, que a gente diz assim “olha tou livre”, não, podemos ter recaídas. Eu tou na fase psicológica (...) isto ainda vai cá durar uns aninhos, não é? (*Marco – 3*)

Consumidor há perto de trinta anos e por isso quanto a si com maiores dificuldades em “desmaginar” o corpo, o Marco refere como depois de uma breve mas intensa experiência de desabituação física continua a sentir que ainda está na “fase psicológica”:

Já consumi muita droga, gostei de a consumir, não posso dizer que não. Ninguém é obrigado a drógar-se, não é? As pessoas fazem é porque gostam, digo eu. É o gozo da droga. Eu gostava de me drógar e gostava do efeito da droga. (...) Porque as drogas...há um vício...eu chego a sonhar, durante a noite, que me tou a drogar, e pensar mesmo que tava a injetar. É uma coisa que fica cá dentro...que as pessoas raramente se esquecem. Quem se meta na droga, tem que levar com o lema, pode não se drogar o resto da vida, mas tem que levar com aquela...com aquela em cima, com aquela coisa, a droga, a droga, a droga...Fica sempre lá, marcado. É como se fosse o primeiro amor, por exemplo. Dizem que a gente nunca se esquece do primeiro amor...mas...a droga é quase a mesma coisa...fica cá marcado. Fica marcado mesmo. Nem que teja cinquenta anos sem se drogar. (*Vítor – 10*)

Neste sentido, a marca afetiva da memória da substância é vivida como um chamamento que se manifesta durante toda a vida da pessoa, como descreve o Vítor, que associa a droga ao primeiro amor.

Eu parado, prontos também era o meu mal era quando eu bebia... enquanto trabalhava não dava aquela tentação. (...) se eu tiver muito tempo parado...fico doente...já tou habituado, já desde os quinze anos, catorze ou quinze anos, a trabalhar...eu tenho que fazer sempre qualquer coisa, sempre...tenho que arranjar maneira de sempre mexer. (...) Fui procurar para me mexer... o trabalho fui eu que consegui arranjar. Graças a Deus vou começar a trabalhar amanhã. Andavam a ver se conseguiam me arranjar...agradeço muito a elas, agradeço mesmo. (*Artur – 1*)

Se estiver ocupado com alguma coisa, já se torna mais difícil (*consumir*), já nem penso tanto...nesses problemas. Tou só a pensar naquilo que tenho que tou ali para ser pago...saio do trabalho, posso ir para casa, jantar, tomar banho e até posso vir a pensar assim “é pá se calhar é melhor ir beber um cafezinho e uma macieira” mas já é diferente, já tou em casa, já não saio. Se estiver ocupado já não há...já não corro aquele risco... (*Carlos – 2*)

No desejo de contrariar o apelo da substância e o consequente risco de recair que percecione, a pessoa descobre e procura mobilizar as suas próprias fontes de controlo externo sobre os seus consumos. Tentando ocupar-se, como contam o Artur e o Carlos...

Entretanto fui ter com a minha ex-mulher, pa tentar me reconciliar tamém com ela, falei com ela, ela aceitou tar junta comigo e viemos os dois cá...e eu meti-me cá a mim, falei com o enfermeiro se podiam dar uma ajudinha a ela tamém, que era minha mulher...e consegui-a meter cá, até hoje. (*Diniz – 4*)

...por causa da minha situação da droga e da situação dela (*a companheira*) com o álcool. Através disso trouxe ela através de mim para o CAT. E eu e o enfermeiro fizemos uma reunião em que ele perguntou à minha esposa se queria participar na minha consulta...ela disse que participava, sim senhora. Falámos sobre os meus problemas, ela teve a assistir e depois ele virou-se para ela “E agora vamos falar dos seus problemas com o álcool, o Rui pode assistir? Ela disse “Pode sim senhor...” (...) E está cá em acompanhamento. (...) Eu deixei de beber álcool...para a acompanhar... (*Rui – 11*)

Então ele (*o enfermeiro*), pronto, falou com...fez muito, fez muito também para meter o meu marido. Porque o meu marido já tinha terminado o programa e teve outra vez que recomeçar por causa de mim...voltou a metê-lo. Por causa de mim, meteu outra vez o meu marido no programa. Porque o meu marido já tinha terminado o programa. Porque se eu estivesse no programa e ele ainda consumindo, eu também voltava a consumir. Eu não podia estar na minha casa a ver o meu marido a consumir...não é? E...e eu com a metadona...não. E agora pronto...agora estamos outra vez, há dois ou três anos também, dois anos mais ou menos...sem consumir nada...e esperamos que...que isso continue muito mais... (*Carla – 13*)

...procurando junto do enfermeiro ajuda para um companheiro também consumidor, como fizeram o Diniz, o Rui e a Carla...

Acabei por...cortar um bocado tudo... Aliás, tenho amigos que continuam e eu cortei de vez. Não vale a pena. Nem iríamos ter conversa, sequer. Não é? Eles continuam na mesma, não querem andar para a frente, não vale a pena. Se a pessoa começa-se a dar com essa gente outra vez!... (*Isabel – 14*)

Ah, eu tento evitar. Eu tento-me dar com pessoas de quem eu acho que...tão a fazer o mesmo percurso. Porque eu não me dou com aquelas pessoas por exemplo que vêm aqui todos os dias, às vezes falo porque tenho que falar, quase, mas que vêm aqui todos os dias tomam a metadona e depois vão ali para o jardim e tão ali o dia todo a beber cerveja, e não sei quê, e vão-se drogar à mesma, os testes tão sempre, tão sempre positivos... e se não andam aqui a fazer nada, o que é que andam aqui a fazer? (*Fernando – 12*)

...afastando-se do grupo de amigos que sabe continuarem a consumir, como diz a Isabel, ou ainda como o Fernando, procurando “dar-se” com quem “acha que está a fazer o mesmo percurso” e evitando quem, apesar de tomar metadona, continua a consumir drogas e álcool.

Os meus consumos já não me dizem nada. Para além de não os poder fazer, também não os quero fazer mais. Já não vai por aí, já não, não...isso acho que é um problema que nunca tá ultrapassado por completo mas...noventa e tal por cento tá...tá ultrapassado. Acho que ganhei um bocado de raiva, um bocado ao vício. Eu pensar na heroína ou pensar numa bicicleta, é igual. Não me afeta. Não me diz nada, eu não tenho aquele pensamento...a pedra da coca...não, sinceramente não me afeta. (*Pedro – 5*)

Que as pessoas, se eu quisesse beber, bebia todos os dias, porque vejo as pessoas metem-se todas ao meu lado, a beber. Ou vou comer com uns colegas meus, ou convidam-me para irem comer, metem-se lá a beber o vinho. Tou aqui eu, eles tão aqui à minha frente...se eu quisesse beber...E agora digo-lhe uma coisa, não me puxa, não me puxa. (...) Não porque isto é assim, isto aqui conta muito (*aponta para a cabeça*). (*Artur – 1*)

Apesar de sentir que o risco de consumir nunca está ultrapassado por completo, a pessoa sente ser capaz de recusar a substância aditiva. Experiencia, assim, gradualmente, exercer o autocontrolo sobre o desejo de fazer consumos, valorizando um pensar que lhe permite autodeterminar-se e não consumir, mesmo quando em situações em que normalmente o faria...

Aquele ano...o primeiro ano é sempre...a pessoa parece que tá...a apanhar os cacos todos. O primeiro ano a pessoa ainda tá...aqueles primeiros meses... Apesar da pessoa se querer curar, a cabeça...fazer exames, é muita coisa... A pessoa tem que andar a quebrar uma rotina...que tinha não é? Que eu nunca pensei como é que ia fazer a minha vida quando...tinha uma rotina diferente... Portanto tem que aprender. O primeiro ano custa sempre mais. (*Depois*) a vida vai entrando nos eixos. (...) Cansei-me mesmo de vez... Agora já vejo as coisas de outra maneira. Já nem me identifico sequer com aquela vida que eu levava. Não tem nada a ver comigo, já. A pessoa também cresce não é? (...) Há pessoas que não querem...continuam... Para mim não dá! (...) Estamos em mundos opostos, agora. O meu é...(*riso*)...o meu é o de...clareza... (...) Ela (*a enfermeira*) sabe bem. O que eu lhe tou a dizer aqui também já tive...conversa com ela. Já tivemos esse tipo de conversas, claro. (*Isabel – 14*)

Para a Isabel os difíceis vividos físicos e psicológicos da suspensão dos consumos são na atualidade percecionados como uma oportunidade que teve para reconstruir as suas rotinas. Um "apanhar de cacos" que lhe permitiu crescer, colocar a sua vida "nos eixos" e, transformando-se progressivamente a partir da ausência da substância, estar agora no mundo com maior clareza.

TEMA: O valorizar as mudanças

(tema comum à maioria dos participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O situar-se na sua história de consumos	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
O modificar o padrão de relação com a substância	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x
O valorizar as mudanças	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x

... eu passei lá igual a eles. Somos de carne e osso, o sangue é igual, pronto. Agora eles ainda não querem ir à luta... o que vai na cabeça deles não sei...se eu não tivesse (*sido*) ajudado, então tinha os problemas deles. Felizmente já comecei a lutar por mim. (*Carlos – 2*)

Voltei à minha vida normal...e até hoje...sinceramente. Bom...força de vontade também conta, penso eu. Um indivíduo tem que ter força de vontade para largar isto, como eu tinha e tenho. (*Josué – 7*)

Eu penso assim desta maneira e eu, prontos optei por largar esse mundo da droga e...e ver mais realmente a minha família e...dedicar-me mais à minha família...que começam a ver com outra maneira...veem-nos como se a gente tivesse mesmo vontade de sair...desta vida. E tão a ver que a gente tá a lutar para isso. (*Marco – 3*)

A pessoa avalia e valoriza as importantes mudanças que percebe ter sido capaz de operar. Sente que tem força para mudar; olha-se como uma lutadora e percebeção ser também assim olhada pelos outros significativos.

A minha própria maneira de estar...tá um bocado diferente. Sabe que isto tem consequências, não é? Tanto em casa, como ao nível pessoal...em todos os aspetos, que é mesmo assim...e desde que estou aqui...a coisa tem ido diferente. A maneira de estar é outra...e já não me engano. Eu já não consigo esconder as coisas...eu digo o que tenho a dizer as coisas na hora...mais facilmente...não me engano...que eu andava-me a enganar. (*Daniel – 6*)

Experiencia ser mais honesta consigo - "já não me engano" - como diz o Daniel...

Não sou mais que os outros, sou igual às outras pessoas!! Não sou mais nem sou menos. (*Artur – 1*)

Deixei, de consumir drogas. E já, pronto, já injetava, infelizmente...(agora) nem sequer haxixe fumo...saio, vejo um amigo, vejo outro, tou com os amigos que eu tive do tempo de droga, que eu hoje vou falar com eles à mesma. Ainda há alguns metidos nisso, tanto de droga como no álcool, mas eu continuo a falar com eles... não meto à parte, tejam a cheirar mal, não tejam...é igual. Não sou diferente deles, sou igual, sou doente. Embora na parte da doença eles bebem e eu não bebo. Ou não me drogo. Sinto-me mais do que eles. (Carlos – 2)

... e, identificando-se com outros consumidores de substâncias que conhece e que continuam a consumir, compara-se com eles, experimentando sentir-se diferente. Sente-se, agora, “igual” aos outros, ou mesmo “mais do que eles”, como referem o Artur e o Carlos.

As pessoas dantes viam-me de uma maneira e agora veem-me doutra e dizem “é pá, tu, sinceramente, tiveste força mesmo, força de vontade mesmo, de deslargares o álcool”. Já muitas vezes já me veem de outra maneira, já não me veem da mesma. (...) Pá agora eu tamém quero chegar, eu quero ir buscar o que eu perdi...não é? Quero ir buscar o que eu perdi. Quero fazer o que eu era. Perdi e agora quero ir lá buscar o que eu perdi. Agora quero, faz de conta, faz de conta que eu nasci de novo, outra vez... (*Artur – 1*)

Percecionando também passar a ser olhada mais positivamente pelos outros que agora a “veem de outra maneira” e chegam mesmo a elogiar a sua mudança, a pessoa sente confirmada a sua capacidade para se redefinir no contexto social. Como refere o Artur, “faz de conta” que renasceu...

Que eu cheguei a pensar “como eu já tou assim, já...já não vou a lado nenhum”, mas ainda vou. Ainda fui a tempo. O álcool não me leva a lado nenhum...é o que eu penso e não posso pensar de outra maneira, porque isto é assim, se eu for tar a pensar de outra maneira não, não vou a lado nenhum...eu agora quero, quero é fazer uma outra vida, uma vida diferente...ter um trabalho, ter uma casinha própria...ter uma vida, uma vida com’as outras pessoas têm. (*Artur – 1*)

...tou a começar a...a inserir-me na sociedade. Tenho o sexto ano antigo, tenho quarenta e tal anos. Ainda vou a tempo. Agora...vou ver as oportunidades que me vão dando, mas vou ter que saber aproveitá-las. (*Marco – 3*)

Pronto, a minha vida está regularizada, só precisava era de ter uma vida mais sossegada e acabar com isso e voltar ao meu trabalho, automóveis, sempre gostei, transformá-los, arranjá-los, que eles não se queixam (*risos*). Vamos lá a ver se não me falta as forças até uma certa idade... (*Josué – 7*)

... e, sentindo que “ainda vai a tempo”, manifesta novas necessidades.

E eu quero ver se tenho um bocado de paz e sossego agora...pá, estes anos...que tenho pela frente, não sei quantos, mas quero ver se...tenho um bocado de paz. Estou cansado, mesmo cansado...desses ritmos que acabam por não ter nada, ou seja o que a gente ganha com isso...não ganha, só perde. Que eu tou farto de perder. (*Pedro – 5*)

Deixei de consumir heroína e a minha vida finalmente começou-se a endireitar. Estava prestes a perder a minha mulher, a minha filha, a minha casa...e agora...recuperei tudo de novo. Tenho a minha casa, vivo com a minha mulher, vivo com a minha filha. Nasceu saudável ela. Nós somos os dois seropositivos e ela nasceu saudável, graças a Deus. Graças a Deus. (*Rui – 11*)

Pronto, a vida agora endireitou-se não é? Espero nunca mais recair. (...)
Sinto-me melhor, sinto-me mais feliz. (*Isabel – 14*)

Depois de um percurso aditivo abundante em perdas, a pessoa vive com satisfação os ganhos que sente ter, até agora, conseguido.

Eu tenho é que olhar pela minha saúde, não é? Se uma pessoa se não vai olhar pela minha saúde quem é que vai olhar? Se não for eu a olhar por mim, se (*não*) for eu a olhar p’ra mim ninguém olha, e eu deixo-me tar como tou, sinto-me bem, tou mais gordo. (*Artur – 1*)

Começo a ter a noção da obrigação de tomar a medicação, a tempo e horas, pronto. Antigamente tava na cama e se tinha os comprimidos ao fundo do quarto “Eia, os comprimidos...”. Agora já não, “Vá, levanto-me...”. (*Pedro – 5*)

Agora o imperativo para mim é tratar a vista (*uma catarata*) e é tratar isto do fígado (*hepatite C*). Tou para tomar conta de mim. É mesmo assim. Agora preocupo-me mais um bocadinho, comigo...foi uma das coisas que aconteceu, que mudaram, foi isso. Comecei a preocupar-me um bocado mais comigo. Agora naquela altura um gajo é novo, não acontece nada e as coisas não são bem assim. (*Daniel – 6*)

Experiencia assumir gradualmente o seu autocuidado...

...tá-me a correr bem, já consegui arranjar uma casinha p'ra mim... consegui arranjar uma casinha...que eu ainda não tou lá, vou só, vou só partir de dia doze...hoje tive lá a pintar lá um terraço...(sorriso) (...) Tenho a pouco a pouco (*que ir*) comprando as coisas, lá para casa, a casa tá vazia...tenho pessoas amigas que me vão arranjar algumas coisas mas não é...não é o suficiente. Uma pessoa ter que ter as coisinhas, pelo menos o essencial, não é? O fogão, frigorífico, cama, prontos...o suficiente, o suficiente! (*Artur – 1*)

Conseguí ter casa, coisa que nunca tive. Já tive muita mulher mas sempre vivi na casa delas, agora na minha nunca tinha tido Eu já há um ano e tal que tenho casa. (...) ...tenho a minha casa, tenho a minha mulher e tenho o meu filho. E até hoje tenho tado bem assim. (*Diniz – 4*)

Tou bem no trabalho, queria ficar com o meu trabalho, gosto do meu trabalho...ter uma vida estável, portanto, tudo. Ter o meu carrinho, ter a minha casa; coisa que não tinha nada não é? Tenho tudo agora, graças a Deus, tenho tudo. (*Isabel – 14*)

...valoriza a conquista da propriedade e da intimidade...

Eu sou...sou livre, pronto...tenho que ser eu mesmo a fazer por mim...tou (*muito motivado*). Tou satisfeito, como tá a correr...é a cura, não é? E quem é que tem mais cabecinha, e pá próxima não se lá vai meter, não é? (*risos*). Eu acho que sim. (*Marco – 3*)

Sinceramente sinto-me bem, sinto-me bem quando venho aqui...não é ser engraxador ou isto ou aquilo, não...e tenho aprendido bastante. Eu tou diferente em diversos aspetos. (*Pedro – 5*)

Sinto-me bem. É andar bem-disposto, não ter a cabeça a mil, não...não haver aquela rotina...ter tempo para tudo e mais alguma coisa. Porque nessas alturas não se tem tempo para nada. Sinto-me bem e acho que desta vez é que a coisa vai mesmo. (*Daniel – 6*)

...e motivada, manifesta satisfação com um novo "eu", que sente como mais reflexivo e livre.

TEMA: O ligar-se aos outros

(tema comum à maioria dos participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O situar-se na sua história de consumos	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
O modificar o padrão de relação com a substância	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x
O valorizar as mudanças	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
O ligar-se aos outros	x		x	x	x	x		x		x	x			x

Eu quero ganhar é a nível de paz de espírito, de sossego, de...tar bem comigo próprio e tar bem com...com aqueles que tão próximo de mim, ou aqueles que tão mais próximos de mim, como é o caso de ter a minha família...mas quero...quero ver se consigo isso e...tar descansado. (...) Com mais dificuldade, com menos dificuldade, gostava de ter a ajuda do meu pai...mas tá a ser muito difícil. (...) hei de conseguir mostrar essas diferenças ao meu pai. Há uns meses atrás dizia “Será que vou ter tempo? Já vou ter tempo para dizer alguma coisa ao meu pai? Fazer algo que ele fique contente?”. Agora eu sei que consigo e que também tento. Sei que vou ter tempo, quero é fazê-lo da melhor forma...e não quero dar passos precipitados. Por isso é que eu vou sempre falando com ela. Vou fazer por isso, devagarinho. (Pedro – 5)

A minha família perdeu muita confiança em mim (*suspiro*)...deixaram-me de me falar. (...) Fui recuperando, ao longo dos tempos, mas nunca...(sorriso triste) nunca há de voltar a ser...como antes...claro. Há sempre a desconfiança. Por exemplo, ela (*a mãe*) esqueceu-se...pensava que tinha dinheiro na carteira mas...o dinheiro tava noutra sítio não era? Não sei onde é que tava nem imagino. A primeira coisa que ela pensou foi que eu lho tinha roubado o dinheiro...“Porra, então ao fim de tanto tempo ainda não tens confiança em mim? Porra”. Há sempre essa desconfiança...essas partes também doem à gente. (Vitor – 10)

Neste novo “ligar-se”, procurando a ajuda do enfermeiro, a pessoa dispõe-se, lenta e dolorosamente, a iniciar um percurso de reparação das relações com os outros que lhe são significativos.

Eu já vejo a vida de outra maneira, tenho filhos, tenho uma neta, prontos, para eu ver mais a minha família e deixar este mundo da droga...à parte...e ver mais o ambiente familiar tenho netos, tenho uma vida já diferente. Para a minha mentalidade já tá mais resolvido. (...) Praticamente é...toda a minha dedicação é para a minha casa. P’ó meu lar... (Marco – 3)

Eu mudei muito. Foi muita bom, ter o meu filho foi muita bom. É uma coisa que eu sempre quis. Quem trata do meu filho sou eu, praticamente. Agarro nele, lavo-o, porque ela só tem um braço. De manhã antes dele ir para o infantário eu é que o visto e tudo. Para onde eu vou ele vai sempre comigo. Faço tudo por ele, tudo. (...) Falo com ele (*o enfermeiro*) sobre o meu filho, sobre quando este tiver dois, três aninhos, quando vir que a minha vida tá melhorzinha...pronto, tentar fazer uma menina, gostava de ter uma menina, pronto, um caszinho. (*Diniz – 4*)

Sentindo que passou a ter espaço interno, valoriza a presença dos outros na sua vida...

Vivo só com a minha mãe. Só eu que podia ganhar dinheiro para a gente comer, não é? E eu não posso andar metido no mundo da droga, se não, não ganho, não é? Não vou deixar a minha mãe a passar fome. (...) Tenho que mudar a vida que é para...ter responsabilidades e ser eu a gerir a minha família. Coisa que nunca tinha feito antes, quando ando metido na droga. (*Marco – 3*)

Eu atualmente não tou a trabalhar, há coisa de seis meses que não tou a trabalhar. Tou em *stand by* porque quero tratar primeiro dessas coisas...do fígado e da vista...e ajudar a minha mãe. A minha mãe, é uma pessoa que já tem setenta e sete anos....tem diabetes, tem arterosclerose...pronto, já não está capaz de tar sozinha. A minha irmã vai trabalhar durante o dia e eu é que fico em casa a tratar das coisas. E eu é que tenho que... cuidar disso tudo. É gás aberto, às vezes é a água...é delírios. Ela fez por mim, agora tenho que fazer por ela, não é (*risos*)? Seria um problema...se isso tivesse acontecido nessa altura (*em que consumia*). Mas eu preciso trabalhar, não é? Que é coisa que brevemente devo começar de certeza. Estou à espera...e isso aí vai ser um problema, porque...depois...ela não quer ir para um centro de dia...sozinha também não pode ficar...e eu tenho que estudar isso aí, eu e a minha irmã. (*Daniel – 6*)

...e, diferentemente do que lembra não lhe ser possível quando consumia, descobre em si uma capacidade nova para os tomar a cargo, assumindo-os ao seu cuidado.

TEMA: O projetar-se no futuro

(tema comum à maioria dos participantes)

	Artur	Carlos	Marco	Diniz	Pedro	Daniel	Josué	Samuel	Lucinda	Vitor	Rui	Fernando	Carla	Isabel
Oligar-se ao enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se representada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O sentir-se investida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O situar-se na sua história de consumos	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
O modificar o padrão de relação com a substância	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x
O valorizar as mudanças	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
Oligar-se aos outros	x		x	x	x	x		x		x	x			x
O projetar-se no futuro	x	x	x	x	x	x	x			x	x			x

Agora...mas eu, eu tenho tido sucesso aqui. Apesar de ter caído já, de ter tido uma recaída, não é? Mas tou a levar isto a sério...vamos começando, até estabilizarmos a vida como fomos antes de começar no mundo da droga, não é? Tivemos a infelicidade de cair lá! Mas...tudo de resolve, tudo se pode melhorar, não é? (*Marco – 3*)

Sinto-me uma pessoa mais aberta. Espero chegar ao caminho certo...depois nem sequer tomar metadona e...fazer a minha vida normal, não é? A enfermeira conhece os meus projetos. As coisas estão a andar...devagarinho mas estão a andar. Tou melhor, tou melhor. Falo com uma certa alegria porque...sinto-me bem e sinto que é uma pessoa que me tá a ajudar. E acho que desta vez vai lá. Já tenho um bocado de experiência nisto. Com isto tudo uma pessoa vai tendo experiência. Não sou novo. Estou em bom caminho...já andei bastante. (*Daniel – 6*)

A minha vida não tá muito fácil, mas...penso que vou conseguir...resolver. (...) Vou continuar o meu tratamentozinho. Pode haver uma recaída, nunca digo que não volto lá...vou tentar fazer tudo corretamente, não é? Tentar...como se diz. Vou seguir a minha vidinha, continuar o meu tratamento, nem que seja cinco ou seis anos, ou sete ou oito. (*Vitor – 10*)

Apesar das dificuldades narradas, motivada, a pessoa fala com alegria da sua perceção da mudança que conseguiu e que deseja estabilizar. Aceitando a lentidão do processo, manifesta o desejo de desde aí continuar a melhorar a sua vida. Sente que com o seu empenho e a ajuda do enfermeiro e da Equipa de Tratamento se tem vindo a aproximar, lentamente, do que perceciona como o seu “bom caminho”.

Eu quero é fazer vidas novas, agora...quero me alevantar (...) que isto continue...se, se continuar assim, as coisas estão a correr bem...graças a Deus. (...) Eu acho, eu acho que já não porque...porque se tiver que me acontecer alguma coisa, já me tinha acontecido...se eu tivesse que me agarrar ao álcool, se calhar já me tinha acontecido. Deus queira que não, Deus queira que não, eu não sei o dia de amanhã. Isto é assim. Eu não gosto de cuspir para o ar, que me pode cair em cima. (*Artur – 1*)

Eu posso ter mais uma recaída...e beber. Mas...a minha intenção é...ver se consigo olhar p'a frente e...e não beber mais nem, nem pensar mais nisso. Embora a gente não beba mas...o ratinho tá sempre cá na cabecinha. Não sei o dia de amanhã... agora...a cabeça...tá no bom caminho, mas eu não sei o dia de amanhã. É o que costumo dizer, é vinte e quatro sobre vinte e quatro. Um gajo tem uma ideia mas essa, prontos, pode chegar amanhã e...dá-se um problema. Embora seja sempre a pensar no bom caminho, mas... (*Carlos – 2*)

Se uma pessoa passar cinco anos, seis anos sem, sem consumir, acho que já não vai consumir mais. Acho que esquece isso. Mas há quebras, há quebras. Há muitos obstáculos para a gente ultrapassar...e às vezes há uns que a gente...nem consegue ultrapassá-los. É quando a vida parece que corre mal. Há contratempos, mas a gente tem que saber ultrapassá-los. Eu tenho medo é de cair novamente na heroína, isso é que eu tenho medo... (*Marco – 3*)

Avalia a sua situação com maior clareza e, ambicionando para si um outro quotidiano que percecione ao seu alcance, manifesta-se ambivalente. Expressa temer, face aos “obstáculos” da vida que antecipa, a recaída e as suas consequências.

Tou-me a sentir bem. Vou reduzir (*a dose de metadona*), para largar...a semana passada, a outra, reduzi. Falei com ele, “senhor doutor (*enfermeiro*), veja lá se pode...reduzir mais...pelo menos dois e meio, ou cinco, para experimentar, para eu ver se...se também paro com isto, tou farto disto já”. Que eu já tou mesmo saturado também disto, quero ver se também largo isto que eu não quero voltar mais à vida que tinha, não. (*Diniz – 4*)

Aliás, até agora, a enfermeira comentou e eu própria disse “Sim, vamos começar a reduzir agora, um bocadinho, aos poucos...” Portanto...também tenho que começar a...não posso andar a vida toda a tomar disto, não é? Espero eu... Já chega. (...) E depois é isso, a pessoa, eu tenho medo de deixar de tomar e voltar...é que o psicológico funciona logo...a pessoa deixa de tomar, começa logo a pensar “Vou lá outra vez!”. Então...mas eu também tou desde dois mil e seis, sete, isto também ainda não é nada, são...não chega a quatro anos, não é? (*Isabel – 14*)

Nesse sentido, desejando evoluir na sua mudança, a pessoa fala do seu desejo de se continuar a autonomizar das substâncias (mesmo as de substituição) ...

E depois partir daí...venho cá...nem que seja só para perder tempo, só para falar com elas, um bocadinho...eu nunca vou deixar de cá vir...porque isto é assim, uma pessoa nunca se esquece das pessoas que fazem bem, não é? Se fizessem mal também não vinha aqui, de certeza (*risos*). (*Artur – 1*)

...eu já tou na fase de reduzir (*a metadona*). Já tou, tou a largar. Depois quando chegar, chegar ao zero, pronto, largo. Mas venho às consultas à mesma! Para saberem se eu tou bem. (*Marco – 3*)

Depois, mais para a frente logo a gente vê. Se tiver...bem, no meu sistema, não é? Se eu me sentir bem, e tudo. Não quer dizer que eu não venha às consultas. Que eu até gosto bastante que isto no CAT é uma ajuda que a gente também tem para tudo. (*Diniz – 4*)

... mas também de permanecer ligado ao enfermeiro e à Equipa de Tratamento, que sente como securizantes...

...eu tou a tentar fazer, ver se consigo, degrau a degrau...sei que isto é para o resto da vida. (*Carlos – 2*)

E nós estamos a levar a nossa vida para a frente e tamos a fazer as coisas assim. Ainda há um looooongo caminho a percorrer. (*Rui – 11*)

...como ilustram as palavras do Carlos e do Rui nos momentos das suas entrevistas, na experiência vivida de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso na Equipa de Tratamento do estudo, a pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas sente que, longe de terminar, o seu processo transformativo tem a escala de uma vida.

Da vida de cada pessoa.

Comunalidades e singularidades de uma experiência vivida

Para as pessoas participantes no estudo, a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso numa Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência IP., manifesta-se como um fenómeno relacional que evolui tanto no tempo do acompanhamento pelo enfermeiro, quanto da compreensão que cada uma vai fazendo, a partir da sua relação com a(s) substância(s) adictiva(s), do seu próprio tempo biográfico, com sentidos de passado, de presente e de futuro. Trata-se pois de uma experiência toda ela vivida em torno da dialética do “ligar-se” e do “desligar-se”.

Profundamente ligada à(s) substância(s) que consome, a pessoa apresenta-se ao enfermeiro com uma vida consumida, por sua vez, durante vários anos, por aquela(s). Sente-se *“completamente degradado, de rastos e perdido. A caminhar para a destruição”*. (Pedro). E é a partir desse *“fundo do poço”* (Carlos) de sofrimento singular que a pessoa se manifesta ao enfermeiro e pede, de *motu* próprio, por iniciativa de familiares ou conhecidos, ou encaminhada por outras instituições de saúde e/ou sociais, ajuda.

Desde então, num primeiro tempo dos vividos desta relação que se inicia, a perceção da sua grande vulnerabilidade e a estranheza do novo outro (do enfermeiro) aliam-se, para suscitarem dúvidas quanto ao que cada pessoa pode esperar. O sentimento de *“arrancar a pele”*, como diz a Lucinda, aparentando manifestar mais que a dificuldade inicial em confiar e se confiar, sugere também a ambivalência entre o desejo de se autonomizar das substâncias e o temor de não saber viver *“uma vida normal, como qualquer outra mulher”* sem a *“pele”* com a qual se tem vindo a recobrir e relacionar consigo e com os outros ao longo de vários anos.

Gradualmente, a partir da experiência de se sentir procurada nas suas motivações e nas suas necessidades mas também da constatação de que o enfermeiro nada lhe tira, pelo contrário, oferece, a pessoa percebe a utilidade dos encontros com aquele para a resolução dos primeiros problemas que lhe apresenta e, gratificada, dispõe-se a continuar a procurá-la.

As circunstâncias dessa valorização da ajuda variam entre os participantes. Para o Carlos, pela percepção da interferência do enfermeiro na resolução do reembolso das suas deslocações à Equipa de Tratamento, que tardava. Para o Pedro, que por estar a viver na rua foi encaminhado para uma comunidade terapêutica e que experienciou o princípio da ligação à enfermeira tanto a partir do apoio que sentiu que aquela lhe deu para que conseguisse vencer as dificuldades de permanecer na comunidade, quanto da percepção de que, preparando o seu regresso à Equipa de Tratamento, ela se continuava a ocupar dele na sua ausência. Para o Artur, também a viver na rua, por se sentir orientado na resolução das suas várias necessidades de cuidados *“mandou-me para Lisboa...coiso do alcoolismo. (Depois) ela arranhou-me um sítio para ir comer, que eu também não, não comia. “Primeiro vamos lá a ter a cura do álcool, vamos à casa agora, para a gente dar uma ajudinha, vamos à casa e depois...é a boca”. Porra, ajudar têm ajudado muito”*.

Sentindo-se progressivamente tomada a cargo pelo enfermeiro, que *“parece que não desiste”* (Fernando) mesmo quando a pessoa resiste em aderir aos cuidados, esta valoriza o que sente como a perseverança do investimento em si sem nada lhe ser pedido em troca e chega, como refere o Samuel com admiração, a perceber os cuidados como dádivas.

Para quem ao longo de todo um percurso de vida de consumo de substâncias aprendeu que tudo tem um preço, esta disponibilidade graciosa do enfermeiro que *“dá e não pede nada”* (Samuel) chega mesmo a ser experienciada com estranheza e, como referem o Pedro e a Lucinda,

percecionada também de forma ambivalente mais à luz dos ganhos pessoais e profissionais que supõem que o enfermeiro colhe com o investimento que faz em cada um, do que do interesse pessoal e profissional genuíno que são capazes, como pessoas, de lhe despertar.

Gradualmente, no contexto de uma relação que vai sendo experienciada como uma constante securizante e contentora, a pessoa experimenta um senso de confiança que lhe permite passar a confiar-se mais intimamente ao enfermeiro e dispõe-se a partilhar honestamente as suas dificuldades, vivendo a responsabilização progressiva da sua participação no processo de ajuda a si.

Os limites da relação, agora intensificada, são vividos pela pessoa como necessários. Perceciona realisticamente o potencial da ajuda e procura preservar a intimidade que sente que passou a ter com o enfermeiro.

Identificando-se com o enfermeiro, *“que só lhe falta é drogar-se”* (Lucinda), sente-se profundamente compreendida e experiente, nos seus avanços e recuos do processo de cuidados, afetá-lo emocionalmente.

A pessoa sente-se ligada ao enfermeiro, que se torna gradualmente significativo e presente no seu mundo interno. Chegando a fantasiar como este viveria a sua ausência, sente que passou ter existência para o enfermeiro.

No evoluir desta relação, a percepção da complexidade das suas necessidades suscita na pessoa a noção de que a ajuda que necessita está para além da que o enfermeiro, diretamente, lhe pode proporcionar. Valorizando a participação da Equipa de Tratamento como um todo no seu projeto para *“...levar uma vida normal, como qualquer outra mulher”* (Lucinda), a ajuda do enfermeiro é, ainda assim, vivida como imprescindível. *“Vejo o CAT a fazer parte disso, com a enfermeira, vejo. Sem a enfermeira não vejo...”* (Lucinda).

Constatando que ampliada pelo enfermeiro a voz das suas necessidades se faz ouvir junto dos outros técnicos da Equipa de Tratamento e mesmo de outras instituições de saúde, sociais e de justiça, a pessoa sente-se orientada e percebe-se como em seu favor a comunicação que se estabelece e mantém entre o enfermeiro e os outros técnicos. Progressivamente o enfermeiro é experienciado como seu representante dentro e fora da Equipa de Tratamento e passa a ser procurado ativamente nessa representação, que é vivida tanto como útil quanto gratificante. Para além da representação institucional, o enfermeiro é também considerado como um parceiro que a pode vir a representar junto da sua família, suprimindo as suas dificuldades de tradução do tratamento e de credibilização das mudanças - como refere o Vítor, quando lembra as desconfianças da mãe resultantes de todos os anos em que tem sido dependente de substâncias.

No quadro do contrato de cuidados que acorda com a Equipa de Tratamento, a pessoa valoriza como um investimento em si a experiência de o seu comportamento de consumo de substâncias psicoactivas ser controlado pelo enfermeiro. Associando os benefícios e as sanções ao seu comportamento, procura gradualmente os ganhos de modificar, no dia a dia, o consumo das substâncias, bem como confirmar com o enfermeiro a medida e a manutenção das mudanças no seu estado de saúde.

Percepcionando a recaída como uma possibilidade real, a relação é experienciada tanto como protetora da passagem ao ato do consumo e das consequências que daí poderiam advir, quanto, uma vez que a experiência da recaída é uma presença frequente nas narrativas de todos os participantes, como uma fonte de controlo externo que a pessoa procura mobilizar depois de recair. Sentindo-se chamada a pensar os significados da recaída e olhando-se também a partir do olhar que o enfermeiro lhe devolve, a pessoa cotraduz os seus vividos no tempo presente, ampliando a compreensão da sua relação com a substância, de si e do seu processo de mudança.

Experienciando ser progressivamente convocada a participar nas decisões sobre os seus cuidados, sente-se confiável e gradualmente capaz de partilhar o controlo sobre o consumo das substâncias psicoactivas inicialmente percecionado como exercido apenas pelo enfermeiro. Envolvida num processo de mudança, a pessoa sente que é valorizada nos seus esforços, por pequenos que lhe possam parecer, e também enquanto indivíduo com valor próprio.

No evoluir da relação, a pessoa experiencia expressar ao enfermeiro o sofrimento que a habita, valorizando o alívio que a partilha lhe proporciona e a possibilidade de o pensar em conjunto. O Carlos narra mesmo como chega a experienciar o enfermeiro como um *"espelho"*, com o qual *"desabafa"* e se sente ajudado a *"pensar as coisas"* do seu presente, mas também do seu passado.

Apesar de vivida como uma experiência dolorosa, esta revisitação do seu passado é sentida por si como um passo necessário na mudança que procura. Neste pensar-se, a pessoa significa a sua narrativa em ligação ao consumo de substâncias, toma consciência da incapacidade que experienciou para controlar o seu uso e evocando dolorosamente as várias perdas que viveu, acede a elaborá-las, anunciando uma compreensão da sua responsabilidade nas escolhas que fez no passado. Contemplando as consequências do seu futuro como dependente das substâncias, a pessoa responsabiliza-se gradualmente pelas escolhas que faz no presente, na procura de uma vida diferente que deseja como melhor.

A experiência de modificar o padrão de relação com a substância é narrada pela pessoa como de grande sofrimento físico e psicológico. Depois de breves mas intensos vividos corporais em que experiencia um vazio e perceciona uma vulnerabilidade física até então camuflada, a pessoa revela como a marca afetiva da memória da substância é vivida como um chamamento que se manifesta durante toda a sua vida. *"É como se fosse o*

primeiro amor, por exemplo. Dizem que a gente nunca se esquece do primeiro amor...mas...a droga é quase a mesma coisa...fica cá marcado". (Vítor).

Neste sentido, no desejo de contrariar o apelo da substância e o consequente risco de recair que percebe, a pessoa descobre e procura mobilizar as suas próprias fontes de controlo externo sobre os seus consumos. Apesar de sentir que o risco de consumir nunca está ultrapassado por completo, sente ser capaz de recusar consumir a substância aditiva. Experimenta, assim, gradualmente, exercer o autocontrolo sobre o desejo de fazer consumos, valorizando um pensar que lhe permite autodeterminar-se e não consumir, mesmo quando em situações em que normalmente o faria.

Sentindo-se progressivamente mais distanciada da substância, a pessoa reconhece o potencial transformador da ausência daquela na sua vida presente e futura.

Valorizando as importantes mudanças que percebe ter sido capaz de operar, a pessoa olha-se como uma lutadora e percebe ser também assim olhada pelos outros significativos. Compara-se com outros consumidores de substâncias, experimenta sentir-se diferente e sente confirmada a sua capacidade para se redefinir no contexto social. *"As pessoas dantes viam-me de uma maneira e agora veem-me doutra..."* (Artur).

Sentindo que ainda vai a tempo, manifesta novas necessidades e, depois de um percurso aditivo abundante em perdas, vive com satisfação os ganhos que sente ter, até agora, conseguido para si. Experimenta assumir gradualmente o seu autocuidado, valoriza a conquista da propriedade e da intimidade e motivada, manifesta satisfação com um novo "eu" que sente como mais reflexivo e livre.

À medida que se desliga da substância e se investe em si própria, a pessoa inicia um ligar-se aos outros. Neste novo ligar-se, procurando a ajuda do enfermeiro, a pessoa dispõe-se, lenta e dolorosamente, a iniciar um percurso de reparação das relações com os outros que lhe são significativos.

Sentindo que passou a ter espaço interno, valoriza a presença dos outros na sua vida e diferentemente do que lembra não lhe ser possível quando consumia, descobre em si uma capacidade nova para os tomar a cargo, assumindo-os ao seu cuidado.

Desejando consolidar e ampliar as mudanças que sente em si e na relação com os outros, a pessoa abre-se às suas possibilidades de ser e ensaia progressivamente projetar-se num futuro livre de substâncias.

Apesar das várias dificuldades vividas, motivada, a pessoa fala com alegria dos resultados que tem vindo a conseguir. Sente que com o seu empenho e a ajuda do enfermeiro e da Equipa de Tratamento se tem vindo a aproximar, lentamente, do *“bom caminho”* (Daniel) para si. Sente-se mais lúcida e, ambicionando para si um outro quotidiano que percecione ao seu alcance, revela sentimentos de ambivalência: teme também, face aos *“obstáculos”* (Marco) da vida que antecipa, a recaída e as suas consequências. Nesse sentido, desejando persistir na sua mudança, a pessoa expressa o desejo de se continuar a autonomizar das substâncias (mesmo as de substituição), mas também de permanecer ligada ao enfermeiro e à Equipa de Tratamento, que sente como securizantes.

Longe de terminar, no momento da entrevista a pessoa com problemas de adição a substâncias sente que o seu processo de cuidados com o enfermeiro gestor de caso e a mudança que procura tem a escala de uma vida. Da vida de cada pessoa.

Comentário:

Uma vez que situada no tempo em que contou a sua experiência, se narrou, cada pessoa acedeu à memória dos vividos singulares do seu processo de cuidados, a presença dos temas em cada caso revela o momento atual do percurso individual que cada uma tem vindo a viver. Apesar de intimamente conectados e mutuamente influenciados, os temas essenciais identificados parecem suceder-se com uma determinada ordem: do “ligar-se ao enfermeiro” ao “projetar-se no futuro”.

E uma vez que, olhadas no seu conjunto, as narrativas não só desvelam temas comuns mas insinuam também a possibilidade de alguns dos participantes virem a comungar, em futuros individuais mais ou menos próximos, dos mesmos temas de experiência, parece sugerir-se, no grupo de participantes, a possibilidade da existência para todos eles das mesmas comunalidades na vivência do fenómeno.

Pelo que se compreende como, numa perspetiva de “tema-no-caso”, as narrativas de alguns dos participantes se centrem (ainda e apenas) nos temas iniciais da experiência (“ligar-se ao enfermeiro”, “sentir-se representada” e “sentir-se investida”), ao passo que alguns dos outros dão já conta de experiências que estão para além desses temas.

Paradigmáticas desta compreensão, notem-se as narrativas do Artur (1), do Marco (3) e mesmo da Isabel (14), que iluminam (já) todo o tecer dos temas experienciais comuns, reveladores de uma maior evolução no processo de cuidados que lhes permite, no tempo da produção da narrativa, abordar temas como “o valorizar as mudanças”; “o ligar-se aos outros” e “o projetar-se no futuro”.

Por seu lado, situadas numa etapa anterior, as narrativas do Samuel (8) e da Lucinda (9) ilustram um percurso centrado (ainda) nos temas experienciais iniciais (“ligar-se ao enfermeiro”, “sentir-se representada” e “sentir-se investida”) e para quem são completamente omissos (Lucinda) ou

pouco expressivos (Samuel) os temas "modificar o padrão de relação com a substância"; "valorizar as mudanças"; "ligar-se aos outros" e "projetar-se no futuro".

Neste sentido, uma vez que todos os participantes partilham dos temas vivenciais iniciais e nem todos progrediram, para já, nos temas seguintes, não será de estranhar que ao procurar a representação do "caso-no-tema" se verifique que aqueles temas iniciais sejam mais representados nas narrativas (em todas elas) e que os temas seguintes o sejam menos, uma vez que apesar de identificáveis na grande maioria das narrativas dos participantes, não o são (ainda) em todas.

No que se refere à progressão experiencial dos temas narrados no processo de cuidados dos participantes, uma outra compreensão se anuncia. Com efeito, uma vez que os temas iniciais ("ligar-se ao enfermeiro", "sentir-se representada" e "sentir-se investida") anunciam uma maior dependência na relação com o enfermeiro e com a Equipa de Tratamento, e que os temas finais ("valorizar as mudanças"; "ligar-se aos outros" e "projetar-se no futuro") se situam na esfera experiencial do ensaio da autonomia e da autodeterminação, parecem ser os temas intermédios emergentes no processo de cuidados ("situar-se na sua história de consumos" e "modificar o padrão de relação com a substância") aqueles que se sugerem na charneira experiencial da mudança - do sentir-se ligada ao enfermeiro gestor de caso e por ele tomada a cargo, para passar a sentir-se (progressivamente) desligada das substâncias e ligada e tomada a cargo de si própria.

Discussão dos dados

Para as pessoas participantes neste estudo, a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso é narrada, ao longo de todo o processo de cuidados, em temas experienciais que decorrem do que vivem na relação com o enfermeiro e do que percebem que o enfermeiro lhes proporciona, indiretamente, viver.

Ou seja, a sua experiência dá conta por um lado do que se relaciona com a intervenção do enfermeiro em matéria de prestação direta de cuidados e, por outro, do que se relaciona com a perceção da intervenção indireta do enfermeiro no âmbito da participação deste na defesa dos interesses e da resolução das necessidades da pessoa, planeando, facilitando, implementando, coordenando e avaliando os serviços prestados por outros técnicos da Equipa de Tratamento, bem como por outros organismos de saúde, sociais e mesmo de justiça.

No que se refere às experiências que decorrem do que a pessoa vive com o enfermeiro, à sua intervenção em matéria de prestação direta de cuidados, torna-se-nos perceptível como estas encontram o seu ponto de partida na compreensão que fazemos da condição de vulnerabilidade com que cada uma se lhe apresenta.

Filosoficamente significada enquanto condição universal que se exprime na natureza perecível do Homem ontologicamente vulnerável²⁵², evocando o *vulnus* (latim), a ferida, a ideia da vulnerabilidade irredutivelmente definida como suscetibilidade a se ser ferido mantém-se em

²⁵² Referência para o pensamento de Hans Jonas em Jonas, H. (1995). *El Principio De Responsabilidad: Ensayo de una etica para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder (original de 1979) e de Martin Heidegger em Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).

todas as evocações do termo, das mais correntes às dos domínios de maior especialização²⁵³.

De conceção complexa e frequentemente considerada nas profissões de saúde como organizadora da apreciação que é feita do(s) cliente(s) e de si próprias, a explicitação da vulnerabilidade como um conceito essencial para a enfermagem suscita que possa ser abordada tanto numa perspetiva externa (ética), quanto interna (émica)²⁵⁴.

Com origens na epidemiologia – na apreciação por outros da exposição agravada de cada um – as premissas básicas da perspetiva externa da vulnerabilidade relacionam os valores sociais normativos, o risco objetivo e o mandato social para a intervenção, para legitimar a convocação de um plano prescritivo na determinação de como os enfermeiros abordam e interagem com as pessoas ou grupos, adjetivados, nesse sentido, enquanto vulneráveis²⁵⁵. Ou seja, particularmente expostos ao maior risco a serem *feridos*, quando comparados com a sociedade em geral.

Mas, uma vez que o risco, podendo ser presente é, ainda assim, subjetivado, significado e valorizado a partir da experiência individual, uma vez conceptualizada à luz da perceção e avaliação individual dos desafios e dos recursos pessoais para os enfrentar, a vulnerabilidade transfere-se para um outro âmbito, o da experiência vivida, para manifestar, agora numa perspetiva interna à pessoa, a apreciação situacional que cada uma faz, em cada momento, da sua própria integridade e vulnerabilidade²⁵⁶.

Recordando as palavras da maioria dos participantes, é perceptível como a pessoa experiencia apresentar-se ao enfermeiro condensando em si, nesse momento, toda uma vulnerabilidade que é tanto epidemiológica como

²⁵³ Neves, M. (2007). In Barchifontaine, C.; Zoboli, E. (2007). *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. São Paulo: Ideias & Letras e Centro Universitário São Camilo. 29-45.

²⁵⁴ Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 715-721.

²⁵⁵ Idem.

²⁵⁶ Spiers, J. (2005). A concept analysis of vulnerability. In Cutcliffe, J.; McKenna, H. (2005). *The Essential Concepts of Nursing*. London: Elsevier. 331-345.

vivencial, quanto, ainda, procura e dependência do outro. Com efeito, atendendo ao plano filosófico da vulnerabilidade presente no pensamento de Levinas para quem “...*the ego from top to toe and to the very marrow is – vulnerability.*”²⁵⁷, ao considerar que o homem é relação e que o eu é posterior à alteridade, ao outro, na subjetividade levinassiana a noção de vulnerabilidade passa a remeter também para a dependência ao outro, a quem cada um se apresenta e expõe.

Compreendida enquanto laço ontológico comum a todo o humano²⁵⁸, como um intenso potencial de transformação da ligação a si, aos outros e ao mundo, esta vulnerabilidade, contudo, longe de ser um “menos”, estabelece-se então como um “mais”, na medida em que não só cria as condições individuais para que a pessoa aceda a ser cuidada e progressivamente possa ensaiar cuidar-se²⁵⁹ - *a vulnerabilidade deixa de ser um obstáculo à liberdade; pelo contrário, ela é o terreno no qual a liberdade adquire a sua autêntica figura*²⁶⁰ -, quanto convoca a pessoa-enfermeiro para a responsabilidade sobre aqueloutro²⁶¹, que se lhe apresenta e lhe demanda uma resposta cuidativa, moral, profissional.

Vivida em torno da dialética mas também da dialógica do “ligar-se” e do “desligar-se”, a experiência da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas revela-se na forma como o enfermeiro gestor de caso inicialmente se lhe abre, na aceitação e compreensão do seu pedido de ajuda.

Percebido como descentrado de si próprio, com a sua atenção dirigida para o outro, o enfermeiro gestor de caso responde à vulnerabilidade da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas com uma

²⁵⁷ Levinas, E. (2003). *Humanism of the other*. Chicago: University of Illinois Press, 63.

²⁵⁸ Idem.

²⁵⁹ Schaub, B; Schaub, R. (1997). *Healing Addictions. The Vulnerability Model of Recovery*. New York: Delmar.

²⁶⁰ Renaud, M. *Solicitude e Vulnerabilidade*. In Carvalho, A. (Coord.) (2008). *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina. 19.

²⁶¹ Levinas, E. (2003) op. cit.

solicitude que a acolhe, a indaga e cria as condições para que a ligação entre ambos se possa estabelecer.

Assente numa humanidade comum, que oferece à pessoa e ao enfermeiro a oportunidade de em cada novo encontro mutuamente se conhecerem, a aliança terapêutica²⁶² que gradualmente desponta e se constrói na gestão de caso realizada pelo enfermeiro, valoriza e estimula a importância do envolvimento da pessoa no seu próprio processo de cuidados e, à medida que se centra numa abordagem gradual de reconhecimento e aceitação do problema, de motivação para a mudança, de identificação e ativação de recursos pessoais, de reavaliação de prioridades e da experiência de otimismo, faz nascer todo um horizonte de esperança face à mudança possível.

Apesar da assimetria relacional inicial (necessária até, uma vez que a pessoa se apresenta com poucos recursos para lidar com os seus diversos problemas relacionados com a adição), a compreensão e integração dos vividos do quotidiano no contexto da narrativa individual, a estimulação da autorrevelação e a utilização, numa perspetiva holística, de uma comunicação não prescritiva (livre de grelhas de análise prévias), criam as condições para que esta aliança se passe a operar tendencialmente numa dinâmica de parceria entre o enfermeiro a pessoa²⁶³, na qual os objetivos são coconstruídos, as ações copensadas e os seus resultados coavaliados.

Não falamos por isso, na ação do enfermeiro gestor de caso, de um *"prestar cuidados a"*, mas antes de um *"prestar cuidados com"*, que se abre ao campo fenomenológico do outro, o procura e, na perspetiva de Watson, se afeta por e com ele - *"Quanto mais individualizados são os sentimentos que o enfermeiro transmite, mais fortemente o processo de cuidar afeta o recetor (...) por outras palavras, o uso total do eu é chamado para este nível de*

²⁶² Shanley, E.; Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 734–743.

²⁶³ Idem.

enfermagem.”²⁶⁴ O pensamento desta autora, remetendo para “o uso da totalidade do eu”²⁶⁵ nos cuidados de enfermagem, destaca que os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados não com a finalidade de com isso obter alívio ou ajuda por parte dos clientes, mas “como parte de ser e de se tornar dentro do relacionamento”²⁶⁶.

A este propósito, a evidência permitiu demonstrar que o uso do *self*^{267,268} do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas permite que este ao estar integralmente na situação de cuidados se ofereça como presença verdadeira e reflexiva, proporcionadora de um contexto relacional contentor, com limites definidos e mantidos e, por isso, passível do desenvolvimento de confiança mútua²⁶⁹.

Central em toda a experiência humana e força motriz de todo o comportamento de ligação, a afetividade influencia determinantemente as experiências relacionais com o mundo. Elos de ligação entre o interior e o exterior, entre a ação e a reflexão, são os afetos que permitem a ligação entre o indivíduo e o seu meio, ao longo da vida²⁷⁰. Nesta perspetiva, a

²⁶⁴ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 120.

²⁶⁵ Ibidem, 113.

²⁶⁶ Ibidem, 114.

²⁶⁷ O conceito de *self* é complexo e tem sido diferentemente apresentado em propostas psicanalíticas e construcionistas sociais. Neste estudo, que não pretende aprofundar o conceito e a discussão teórica que em torno dele existe, consideramos o *self* tanto como uma unidade psíquica essencial, uma representação autêntica de si, como como uma “realização retórica”, um produto da “ação-conjunta” entre as pessoas, uma vez que é na relação que as pessoas se constituem. In Guanes, C.; Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de *self*. *Psicologia: Teoria e Prática*. Brasília, v. 19, n. 2, 135-143.

²⁶⁸ Na perspetiva do *Self Dialógico*, a representação existencial de cada indivíduo ganha sentido no movimento de posicionamento constante na relação com um Outro e em relação a ele. Uma vez que o humano se realiza comunicacionalmente a partir de ferramentas culturalmente criadas, o *self*, nesta perspetiva, articula e condensa a representação de si também numa perspetiva sócio-cultural. In d’Alte, I.; Petracchi, P.; Ferreira, T.; Cunha, C.; Salgado, J. (2007). *Self Dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal*. *Interações*. N.º 6, 8-31.

²⁶⁹ Conti-o’hare, M. (1996). A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse’s Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 8: 3, 80-84.

²⁷⁰ António, P. (2008). O encontro terapêutico e a centralidade do afeto na clínica com toxicod dependentes. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 14 Nº2, 15-24.

expressão gradual dos afetos recíprocos joga um papel determinante na criação das condições para que a relação terapêutica possa envolver, paciente e terapeuta (enfermeiro, neste caso), num mesmo percurso comum.²⁷¹

Simultaneamente “observando” e participando na vida da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, o enfermeiro gestor de caso oferece-se-lhe como recurso suficientemente objetivo e securizante para os problemas que aquela lhe apresenta, ao mesmo tempo que entra demoradamente na sua vida (externa e interna) e significativamente com ela se passa a relacionar.

Mercê da natureza mutuamente significativa e transformadora da relação, assente no que se compreende ser a natureza recíproca das relações de vinculação na idade adulta, toda um sistema de vinculação gradualmente se estabelece, facilitador do funcionamento e competência da pessoa para lidar, para além do contexto da relação com o enfermeiro, com os problemas relacionados com a adição que se manifestam noutros contextos do seu quotidiano²⁷².

Watson²⁷³, nesse sentido, considera que os cuidados de enfermagem se desenvolvem no âmbito de uma relação transpessoal e recíproca em que se estabelece um “*fluxo intersubjetivo*” entre o enfermeiro e a pessoa. A

²⁷¹ Coimbra de Matos, A. (2002). Da emoção ao pensamento: o afeto no conhecer do outro. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 199-211). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1996).

²⁷² Berman & Sperling (1994) e Shaver & Mikulincer (2000) sugerem que a vinculação no adulto surge de três formas distintas: vinculação como estado, que emerge em situações de stress, num esforço para restabelecer contacto com a figura de vinculação; vinculação como traço ou tendência para formar relações de vinculação similares ao longo da vida; vinculação como um processo de interação no contexto de uma relação específica. In Canavarro, M.; Dias, P.; Lima, V. (2006). Avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. 160-161. In Soares, I. (Org.). (2006). *Psicologia. Contributos da investigação para o estudo da vinculação*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia e Edições Colibri. Vol. XX, Nº 1. No contexto da relação entre a pessoa e o enfermeiro gestor de caso falamos pois da última forma de vinculação referida pelos autores: a vinculação como um processo de interação no contexto de uma relação específica.

²⁷³ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 111 et seq..

expressão, pela e na relação significativa, dos campos fenomenológicos de ambos cria condições não apenas para a ampliação da compreensão mútua (o enfermeiro que acede à experiência do cliente e este, por seu lado, que acede à experiência do enfermeiro), mas também para a transformação de cada um deles. Na medida que um novo fenómeno emerge e se desvela para ambos os participantes na relação, a criação de um campo fenomenológico próprio que considera a participação de cada um na história da vida do outro *"...torna-se parte de um maior, mais profundo e complexo padrão de vida"*²⁷⁴.

Reforçando o valor desta coexistência nos cuidados de enfermagem, o pensamento de Parse²⁷⁵ remete-nos para a ideia de que as pessoas vivem as e com as outras, evoluindo em conjunto e em cadência.

Num universo que se percebe como comum a ambas mas também individual (no que comporta de interno e externo para cada pessoa), é neste processo rítmico e relacional que a autora encontra a continuidade que liga o dentro e o fora, o eu e o outro, o que foi e o que é, num testemunho conjunto de existência humana que proporciona o "tornar-se".

Caracteristicamente em deficit motivacional ²⁷⁶, persistida pelo enfermeiro nos aspetos mais ínfimos da sua existência quotidiana que desse modo se revela e mantém²⁷⁷, a pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas ensaia, suportada no enfermeiro gestor de caso que gradualmente vai sentindo como auxiliar do eu²⁷⁸, toda uma luta, todo um conjunto de difíceis transições no sentido da autonomia, assentes na

²⁷⁴ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 117.

²⁷⁵ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks. 20, 42.

²⁷⁶ Rodrigues, M.; Teixeira, Z. (2010). Da "falta de força de vontade" ao empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 16 Nº1, 57-64.

²⁷⁷ Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 65.

²⁷⁸ Conti-o'hare, M. (1996). A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse's Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 8: 3, 80-84.

cocompreensão profunda das suas experiências de dependência às substâncias, das recaídas e da recuperação²⁷⁹.

Traço comum entre a escassa evidência disponível²⁸⁰ e os resultados deste estudo, os vividos narrados sobre o processo de recuperação da adição a substâncias psicoativas permitem pois compreendê-lo como uma experiência de luta na qual, com a ajuda do enfermeiro, a pessoa a partir de “...um poço de escuridão...” se abre gradualmente às suas possibilidades ... “no processo neguentrópico de se tornar”²⁸¹.

Neste processo, inicialmente encerrada no que se poderia considerar um “modo de ser adicto” em que a vivência do tempo surge perturbada no que se refere à incapacidade para antecipar^{282,283} e, desde aí, pré-contemplar um “modo de ser livre da dependência pelas substâncias”, a oportunidade para se pensar, é ademais uma das valorizações que a pessoa encontra nos encontros com o enfermeiro²⁸⁴. Como se intuísse a influência da sua biografia nas circunstâncias presentes²⁸⁵ e futuras – a literatura chega mesmo

²⁷⁹ Rosa, A; Gomes, J; Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Formasau.

²⁸⁰ Resultado da revisão sistemática da literatura realizada por nós em julho de 2007 no contexto do Curso de Formação Avançada deste Programa de Doutoramento em Enfermagem, apenas um estudo se refere à experiência vivida da pessoa com problemas de adição a substâncias cuidada por um enfermeiro. Ainda assim, sem que o enfermeiro fosse gestor de caso. In Banonis, B.; Charleston, S. (1989). The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*. Spring, 2(1) (1989), 37-43. Neste estudo, o fenómeno da experiência vivida da recuperação da adição manifestou-se como “uma experiência vivida de luta para a pessoa se puxar de um poço de escuridão para o conforto da luz, o que é experienciado enquanto a pessoa vive profundas modificações na sua forma de ser. À medida que estas modificações movem ritmicamente a pessoa para uma abertura às possibilidades, a pessoa escolhe mover-se para diante com conforto e confiança no processo neguentrópico de se tornar”.

²⁸¹ Idem.

²⁸² Recuperando o pensamento de Heidegger, que considera o *ente* que *É* por manifestar, no tempo, os seus *modos de Ser*. In Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).

²⁸³ Costa, N. (1995). A perturbação da vivência do tempo na toxicodependência e na depressão. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPTT. Nº. 2, 50-61.

²⁸⁴ Tinoco, R.; Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, Vol 7, nº.1, 17-22.

²⁸⁵ Fleming (1995), num estudo de revisão dos resultados de um grande número de investigadores, concluiu que a maior parte dos pacientes toxicodependentes sofreram traumas em idade precoce, quer resultantes de perdas de figuras importantes para o seu equilíbrio emocional, quer devido a falhas ocorridas no plano das necessidades vitais para o desenvolvimento psicológico. In Guimarães,

a referir-se a uma "fissura biográfica"²⁸⁶, uma história de vida estranha ao indivíduo que invade e fragmenta a sua coerência interna, frequentemente identificável nas pessoas com problemas de adição a substâncias, para as quais o seu percurso existencial é por si explicado como algo que lhes é exterior, manifestando desta forma uma intensa desistência na construção de si, um distanciamento não criativo em relação à sua história – a pessoa dispõe-se, num confronto realista e não punitivo com o enfermeiro que funciona como um contentor externo²⁸⁷ a, em conjunto, transformar as suas muitas vezes difíceis vivências em experiências formativas²⁸⁸.

Aprendendo-se deste modo partir da sua história, num processo reflexivo em que o eu passado passa a ser visto na sua complexidade e até contradição²⁸⁹, a pessoa cria condições para operar uma modificação na sua autoimagem²⁹⁰ e, num desviar gradual de trajetória, para recriar os seus horizontes de compreensão de si, no sentido de no limite se vir a apropriar, no decurso do processo de cuidados, da sua responsabilidade por si e mesmo pelos outros.

Parse²⁹¹, neste sentido, considera que uma vez que a realidade não é um dado que se lhes apresenta, mas antes uma elaboração que as pessoas fazem para si próprias, ao seu modo, do que vivem, a resignificação dos vividos (aqui feita em intersubjetividade, entre a pessoa e o enfermeiro)

R.; Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma compreensão da Dor Mental na Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº2, 5.

²⁸⁶ Tinoco, R. (2002). Indeterminação biográfica – de condição natural a uma fissura na história do sujeito. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, Vol 8, nº.3, 61-67.

²⁸⁷ Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 13 Nº1, 49-58.

²⁸⁸ Referência ao pensamento de Christine Josso sobre a transformação da vivência em experiência formativa, *a-posteriori*, no caso. In Josso, Marie-Christine. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne: Editions L'Age d'homme. E Josso, Marie-Christine. (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa : Educa.

²⁸⁹ Tinoco, R. (2002) op. cit., 62.

²⁹⁰ Ibidem, 64.

²⁹¹ Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks. 35, 36.

amplia os horizontes de compreensão individual, transforma-os, e tem o potencial para reiluminar os propósitos da vida de cada indivíduo.

Esta ideia da autora encontra eco na literatura^{292,293} que enfatiza o potencial que a construção conjunta de biografias tem como modo de intervenção na área da saúde, uma vez que a reflexão sobre a história de vida e o trabalho de renarração do passado em partilha intersubjetiva permite desencadear mudanças significativas no que se refere à forma como a pessoa transforma a compreensão da sua história, com impactos positivos, no seu presente e para o seu futuro, nos temas definidos como focos da intervenção de ambos (pessoa e enfermeiro).

Ao pensar na ligação da pessoa ao enfermeiro, importa contudo que não se fique com a noção de que a solicitude relacional deste é suficiente para que a relação de ajuda se estabeleça.

Frequentemente desligadas das relações interpessoais, para quem a substância recria um universo autocentrado sem marcos comuns com os outros²⁹⁴, as próprias pessoas participantes no estudo narram a dificuldade inicial em confiarem e se confiarem ao enfermeiro. Pelo que se torna necessário destacar a perceção inicial da utilidade da ajuda como alavanca do retorno motivado ao encontro e, desde aí, à construção continuada da relação.

Sentindo-se desde cedo ajudada, a pessoa retorna à procura de mais ajuda, que vai gradualmente encontrando na relação como um *um-cuidado-em-si*²⁹⁵, como vimos, mas também como um *veículo-dos-cuidados*²⁹⁶.

Ao apresentar-se ao enfermeiro gestor de caso com várias necessidades básicas em matéria de saúde (como a alimentação, a habitação,

²⁹² Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Marseille: Hommes et Perspectives.

²⁹³ Remmers, H. (2006). The importance of biographical approaches in nursing science. *Z Gerontol Geriat*. 39:183–191.

²⁹⁴ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicod dependente*. Lisboa: Climepsi Editores, 78.

²⁹⁵ Lopes, J. (2010). O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 16 Nº1, 74.

²⁹⁶ Idem.

a vacinação, feridas corporais, a saúde oral, etc.), é justamente ancorada nessa outra função da relação que com ele vai tecendo (a relação como um *veículo-dos-cuidados*), que a pessoa se sente investida nas diversas modalidades de ocupação, de cuidados, que o enfermeiro diretamente consigo desenvolve: os cuidados físicos, o controlo, a orientação, a solicitação gradual para a participação nas decisões sobre os seus cuidados a si (para o autocuidado), a valorização das mudanças.

A complexidade e cronicidade das situações de saúde destas pessoas, ainda assim, longe de poder ser “omnipotentemente” respondida apenas pelo “seu” enfermeiro gestor de caso, coloca em perspetiva a necessidade não apenas da sua intervenção direta na prestação de cuidados de enfermagem, mas também a importância de, justamente por intimamente conhecedor das suas necessidades e prioridades em matéria de cuidados de saúde, o enfermeiro ser capaz de lhes ampliar a voz nos fóruns técnicos e institucionais próprios – de as representar.

Dessa percepção da intervenção indireta do enfermeiro em favor da defesa dos interesses e da resolução das suas necessidades de saúde, fala também a experiência vivida dos participantes no estudo.

O enfermeiro gestor de caso, no contexto de uma relação que é vivida pela pessoa como privilegiada, passa gradualmente a dispor de informação pormenorizada sobre a história daquela (e, dentro desta, a sua história de consumo de substâncias), sobre a sua condição de saúde atual, sobre os seus sistemas de apoio (familiar, social – ou a falta deles), e sobre os seus desejos e necessidades²⁹⁷.

Na Equipa de Tratamento, para além dela ou mesmo junto das famílias respetivas, ele assume então uma posição privilegiada para advogar (termo

²⁹⁷ White, B.; Bouton, L.; Garris, S.; Humphreys, P.; Miltier, J. (1998). The Role of the Nurse Case Manager in Substance Abuse Treatment. *Journal of Addictions Nursing*. 10: 3, 136-141.

que usamos a partir do *advocacy*²⁹⁸) em benefício dos seus clientes, evidenciando, defendendo e coordenando a resposta às suas necessidades identificadas, e não por si diretamente atendidas²⁹⁹.

Uma vez que nenhum padrão de tratamento se revela igualmente efetivo para todas as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas³⁰⁰ e que na qualidade de gestor de caso o enfermeiro supervisiona a continuidade da prestação holística de cuidados com estas pessoas³⁰¹, a qualidade da comunicação e a colaboração ativa que este estabelece com os outros técnicos e familiares a ponto de criar todo um sistema terapêutico individualizado (uma rede de recursos formais e informais³⁰²) que envolva e suporte a evolução idiossincrática da pessoa é também referenciada na investigação como uma das utilizações terapêuticas do *self* do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com estas pessoas³⁰³.

Com efeito, é a partir da conjunção das suas características pessoais e da sua identidade profissional e disciplinar (do eu-pessoa e do eu-enfermeiro) que se revela, para o enfermeiro gestor de caso, a maior segurança para decidir sobre a sua intervenção direta em focos de atenção profissionais ou, de outro modo, reveladora de uma profunda noção de interdependência funcional e de respeito profissional e mesmo pessoal mútuo³⁰⁴, a decisão sobre a convocação da participação de outros técnicos

²⁹⁸ São três as principais orientações de que a "Nursing Advocacy" se reveste: a que se motiva nos direitos dos clientes à informação e à autodeterminação; a que decorre dos direitos dos clientes à segurança pessoal; e a que se considera como um princípio filosófico da enfermagem. In Vaartio, H.; Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing Advocacy – A review of the empirical research 1990-2003. *International Journal of Nursing Studies*. 42, 706.

²⁹⁹ Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 68.

³⁰⁰ White, B.; Bouton, L.; Garris, S.; Humphreys, P.; Miltier, J. (1998). The Role of the Nurse Case Manager in Substance Abuse Treatment. *Journal of Addictions Nursing*. 10: 3, 137.

³⁰¹ Idem.

³⁰² National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington, 17.

³⁰³ Conti-o'hare, M. (1996). A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse's Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 8: 3, 80-84.

³⁰⁴ National Chronic Care Consortium (2000) op. cit., 8.

para o processo de cuidados holísticos com a pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas.

Em linha com a literatura^{305,306,307}, também os dados desvelados neste estudo permitem perceber como, uma vez decidida com a pessoa no contexto da negociação conjunta dos cuidados³⁰⁸, a priorização e a ativação e coordenação que o enfermeiro gestor de caso faz dos cuidados desenvolvidos por outros técnicos e instituições de saúde e sociais, não só recupera e amplia os diversos sistemas de suporte da pessoa (família, outras instituições de saúde e sociais), como também melhora a forma assertiva como com eles ela se passa gradualmente a relacionar. Inclusive, para algumas das pessoas, com organismos da área da justiça nos quais decorrem em simultâneo processos relacionados, de uma forma ou de outra, com o consumo das substâncias.

Desde longe vem a tradição da ocupação dos enfermeiros com os problemas das pessoas ligados ao consumo e dependência de substâncias. Já Nightingale reconheceu os fatores económicos e sociais frequentemente associados ao estigma do alcoolismo. Identificando o recurso ao uso do álcool que os soldados faziam para combater o tédio, o seu consumo como uma “retirada rápida” na ausência de outros suportes emocionais e o risco de vida decorrente da condição de intoxicação alcoólica, ao tomar em consideração a totalidade do Homem aos seus cuidados, Nightingale incluiu

³⁰⁵ Boyd, M. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, 33.

³⁰⁶ Naegle, M. (1993). *Substance abuse education in nursing*. National League for Nursing. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 192.

³⁰⁷ Edwards, G. (Ed.). (2020). *Addiction. Evolution of a specialist field*. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. Blackwell Science Ltd.

³⁰⁸ Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspetives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 67.

os problemas relacionados com a adição como mais uma das áreas a ser tomada a cargo pelas enfermeiras na sua ajuda à restauração da saúde³⁰⁹.

Na atualidade, contudo, o fenómeno da adição complexificou-se. Para pessoas com problemas complexos de saúde e de evolução prolongada, como vimos serem as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, os modelos assistenciais de inspiração nomotética, parcial mesmo, que se desenvolveram ao longo do tempo, manifestam-se agora insuficientes. Vimo-lo na argumentação dos autores, vemo-lo igualmente, e porventura com uma maior legitimação, na experiência vivida que nos foi narrada pelos participantes no estudo.

Pelo que urge reconsiderar a manutenção estrita de compreensões e modelos de cuidados de saúde bio-médicos ou médico-psicológicos na assistência de saúde, *lato senso* considerada, a (com) estas pessoas.

É a voz da sua experiência e das suas necessidades que nos convoca moral e profissionalmente para um cuidar holístico, capaz de perspetivar o ser humano como unitário (diferente da soma das suas partes) e de se focar na totalidade do seu bem-estar.

Não serão os enfermeiros porventura os únicos técnicos de saúde a pensar e agir o sentido dessa mudança³¹⁰ mas, atendendo à compreensão da enfermagem como ciência humana da área da saúde e, em particular dento desta, às comunalidades entre o pensamento de Watson e de Parse³¹¹, os enfermeiros, mercê de uma formação que cada vez mais centra a sua atenção disciplinar e profissional nas experiências humanas no campo da saúde e na valorização da participação das pessoas na evolução singular da saúde de cada uma - no "com" fenomenal da prestação de cuidados de enfermagem -, contar-se-ão seguramente entre aqueles sem os quais ela não se fará.

³⁰⁹ Naegle, M. (1991). Florence Nightingale: Addictions Nursing Pioneer. *Journal of Addictions Nursing*, 3: 4, 124-125

³¹⁰ National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington, 11.

³¹¹ Walker, C. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 988-996.

Implicações para a prática, para a investigação e para o ensino de enfermagem

Com este estudo procurou-se responder à questão de investigação "qual é a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoactivas cliente de uma Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência IP?". Através dele ganhou-se compreensão sobre a experiência vivida de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, fenómeno que se revelou ao longo de oito temas comuns: "O ligar-se ao enfermeiro"; "O sentir-se representada"; "O sentir-se investida"; "O situar-se na sua história de consumos"; "O modificar o padrão de relação com a substância"; "O valorizar as mudanças"; "O ligar-se aos outros" e "O projetar-se no futuro". Esta experiência emerge no estudo como um fenómeno eminentemente relacional, todo ele vivido em torno da dialética do "ligar-se" e do "desligar-se".

A partir dos vividos de se ligar ao enfermeiro e de por ele se sentir investida e representada dentro e fora da Equipa de Tratamento, a pessoa progressivamente acede a pensar o seu sofrimento e inicia o que sente como uma luta pessoal para modificar a relação com a substância, consigo própria e com os outros significativos. Passando a valorizar e a desejar consolidar as profundas mudanças que sente que gradualmente vai conseguindo para si, a pessoa abre-se às suas possibilidades de ser e ensaia progressivamente pensar-se num futuro livre de substâncias. Simultaneamente habitada pelo anseio de autonomia e pelo temor de recair, a pessoa expressa o desejo de permanecer indefinidamente ligada ao enfermeiro e à Equipa de Tratamento, que sente como securizantes.

Pela voz da experiência vivida dos participantes percebemos como a relação enfermeiro-cliente se assume como um elemento essencial na gestão

de caso com pessoas com problemas de adição. Apoiada na utilização terapêutica do *self* do enfermeiro, que se revela um requisito básico na construção não só desta relação terapêutica como também da forma da relação com os outros técnicos de saúde e instituições, é na relação como um *cuidado-em-si* mas também como um *veículo-dos-cuidados* que a pessoa experiencia não só os temas que decorrem do que vive relacionalmente com o enfermeiro, mas também do que percebe que aquele lhe proporciona, indiretamente, viver.

O fenómeno estudado dá conta por isso tanto da experiência que se relaciona com a intervenção do enfermeiro em matéria de prestação direta de cuidados, como da que se relaciona com a percepção da sua intervenção indireta, no âmbito da sua participação na defesa dos interesses e da resolução das necessidades da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, planeando, facilitando, implementando, coordenando e avaliando os serviços prestados por outros técnicos da Equipa de Tratamento, bem como por outros organismos de saúde e sociais.

Na atualidade a investigação qualitativa é cada vez mais avaliada de acordo com princípios diferentes dos utilizados para avaliar estudos quantitativos. Yardley³¹² propôs quatro princípios essenciais destinados a avaliar a qualidade destes estudos: sensitividade ao contexto; compromisso e rigor; transparência e coerência; relevância e impacto. Neste estudo em particular, a sensitividade ao contexto expressa-se em primeiro lugar na atenção dada ao contexto institucional em que a experiência vivida enfocada decorreu. A justificação do estudo da experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso deriva justamente da “nova” realidade de cuidados de enfermagem na Equipa de Tratamento. A escolha da população alvo e seleção dos participantes foi articulada com os enfermeiros da ET,

³¹² Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*. 15, 215-228.

sendo as entrevistas aí realizadas. Por outro lado, no que se refere a estas últimas, é de salientar a natureza da interação que decorreu durante a colheita de dados, propiciadora de uma atenção profunda e sensível ao mundo interno dos participantes, que se continuou também no processo de análise dos dados.

Quanto ao compromisso e rigor consideramos que o primeiro é expresso tanto no cuidado ético e deontológico que enquanto investigador e enfermeiro tivemos com os participantes na realização das entrevistas quanto, já na análise dos dados, no cuidado com a defesa da natureza da sua experiência narrada. Estamos ademais comprometidos com a necessidade de dar voz às pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, população frequentemente silenciosa na sociedade em geral e nos serviços de saúde em particular. Do rigor cabe-nos acentuar ainda a participação do grupo colaborativo de investigação no processo intersubjetivo de análise dos dados e da sua escrita final.

Uma vez que a transparência se reporta à clareza das decisões tomadas ao longo de todo o estudo, foi nossa preocupação proceder a uma significativa explicitação dos fundamentos e implementação do desenho do estudo, bem como das operações de análise dos dados. As narrativas de todos os participantes no estudo são, por esse motivo, presentes nos apêndices que juntamos a este relatório. Sobre a coerência, de referir que ao longo de todo o estudo nos procurámos manter fieis às “balizas” ontológicas e epistemológicas filosóficas e de enfermagem em que o inspirámos, também elas coerentes entre si.

No que se refere à relevância e impacte do estudo e dos seus resultados, apesar de considerarmos *a-priori* a sua utilidade para os enfermeiros em geral que trabalham na área da adição e para os enfermeiros gestores de caso em particular, uma vez considerado que dada a finitude da percepção e a subjetividade da interpretação os fenómenos se manifestam,

para quem os “olha”, em perspetivas, entendemos que a sua compreensão ampla carece por isso de ser intencionada, comunicada e comumente subjetivada³¹³. Nesse sentido, esse juízo a todos eles caberá, em cada momento posterior em que tomem contacto com os resultados do estudo. Neste particular Rolfe^{314,315} considera mesmo que mais do que por via do juízo sobre a utilização que fazem dos métodos, a importância dos estudos qualitativos lhes é conferida quando cada autor ao concluir o seu estudo metaforicamente “morre” e o trabalho, agora já não seu, se dá subjetivamente a conhecer aos leitores diretamente interessados com o que nele se trata. Nesse sentido, se e quando este estudo for capaz de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados dos atuais enfermeiros gestores de caso da Equipa de Tratamento e de incentivar a que outros enfermeiros o passem a fazer também, se revelará então a sua relevância e o seu impacte.

Na atualidade a literatura reflete um mandato crescente para os enfermeiros prestarem cuidados, na qualidade de gestores de caso, com pessoas com necessidades complexas e crónicas de saúde³¹⁶. Os dados deste estudo revelam contudo que requerendo um conhecimento sofisticado, a gestão de caso realizada por enfermeiros com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas vê diversificada e aumentada a intensidade e duração das atividades que lhes são exigidas^{317,318}, suscitando toda uma nova atenção em matéria da *praxis*, da investigação e do ensino de enfermagem.

³¹³ Capalbo, C. (2008). Fenomenologia e Ciências Humanas. São Paulo: Ideias e Letras. 19.

³¹⁴ Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. February; 53(3):304-10.

³¹⁵ Rolfe, G. (2006). Judgements without rules: towards a postmodern ironist concept of research validity. *Nursing Inquiry*, 13(1): 7–15.

³¹⁶ White, P.; Hall, M. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of the Medical Library Association*. 94(2) Supplement, 105.

³¹⁷ Bower, K. (1992). *Case Management by Nurses*. Kansas City: American Nurses Publishing.

³¹⁸ Boyd, M. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Tal como noutros³¹⁹, a relação enfermeiro-cliente é identificada neste nosso estudo como um elemento essencial na gestão de caso com pessoas com problemas de adição. Na sequência da sua elegibilidade, no contexto da Equipa de Tratamento, para ser acompanhada com um enfermeiro gestor de caso, a pessoa experiencia participar no tecer desta nova relação terapêutica e, a partir dela, em conjunto negociar as prioridades para os seus cuidados.

Num quadro de estimulação e apoio ao autocuidado, a prestação direta e indireta de cuidados pelo enfermeiro cria condições para que a pessoa a ele se ligue, se comece a desligar da substância e, gradualmente, se ligue a si própria e aos outros. A circunstância de o *self* do enfermeiro^{320,321} se revelar, neste sentido, um requisito básico na construção não só desta relação terapêutica como também da forma da relação com os outros técnicos de saúde e instituições, coloca em perspetiva, partindo da assunção de que “os enfermeiros cuidam (também) o que são”, a necessidade da apropriação dos aspetos autobiográficos que enformam o “ser-enfermeiro” de cada um. A ampliação da compreensão de “si-pessoa-enfermeiro” e a atenção à transferência para as situações de interação cuidativa profissional com a pessoa poderão criar, estamos convictos, as melhores condições para que o enfermeiro gestor de caso se ofereça como elemento de vinculação adulta e recurso “suficientemente bom”³²², promotor da emergência do próprio *self* da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas.

Na gestão de caso com pessoas com problemas de adição a substâncias psicoactivas os enfermeiros beneficiarão, por isso, da

³¹⁹ Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspetives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 68.

³²⁰ Idem.

³²¹ Conti-o'hare, M. (1996). A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse's Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 8: 3, 80-84.

³²² Referência ao pensamento de Winnicott sobre a “mãe suficientemente boa”, a que oferece afeto e segurança mas que aceita frustrar o tempo ótimo e distanciar-se o necessário e adequado. “Donald Winnicott: O self emergente”. In Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objeto*. Lisboa: Climepsi, 89-115.

possibilidade de acederem a práticas de desenvolvimento pessoal e de supervisão de cuidados que permitam essa apropriação e majoração da compreensão de si, vertida para a compreensão e melhoria da sua *praxis* de cuidados³²³.

No nosso país, definidas que estão pela Ordem dos Enfermeiros as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e as dos Enfermeiros Especialistas (estas já em 2011), verifica-se que apenas nestas últimas a gestão de caso é considerada como uma competência a desenvolver, em particular no âmbito das especialidades em enfermagem de saúde mental³²⁴ e em enfermagem de saúde familiar³²⁵. E se pensamos que ambas são necessárias nos contextos de tratamento (ET's) de pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas, constatamos que das duas, dada a necessidade do uso terapêutico do *self* do enfermeiro na gestão de caso com estas pessoas, apenas a primeira faz um apelo formal a essa competência, ao prever que o enfermeiro especialista em saúde mental carece de deter “...um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”³²⁶. Ou seja, que parecem ser os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental os melhor colocados para prestarem cuidados como gestores de caso com as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas.

Por outro lado, os dados do estudo permitem perceber da necessidade de os enfermeiros gestores de caso deterem um conhecimento aprofundado sobre a problemática da adição a substâncias psicoativas, possuírem, no que se refere ao escopo da sua intervenção direta, uma

³²³ National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington, 11.

³²⁴ Regulamento n.º 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011.

³²⁵ Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011.

³²⁶ Regulamento n.º 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Op. cit.

identidade profissional e disciplinar sólida e, ao mesmo tempo, um conhecimento alargado sobre a esfera de intervenção de outros profissionais de saúde e instituições sociais. Ora, em Portugal, tal como noutros países³²⁷, verifica-se que os enfermeiros adquirem a sua formação em gestão de caso sobretudo no contexto do seu exercício (tal foi o caso dos enfermeiros da Equipa de Tratamento do estudo), constatando-se uma escassez de ofertas formativas nesse domínio, seja em contexto da formação académica, seja em contexto da formação contínua oferecida pelas instituições de saúde.

Pelo que em matéria de ensino de enfermagem, é de relevar a necessidade de atribuir maior importância à área da adição (tanto teórica, quanto em estágios) no âmbito dos *curricula* da formação de primeiro ciclo. Da nossa experiência como professor de enfermagem são ainda poucas as licenciaturas em enfermagem que o fazem, e, quando o fazem, o fazem para além de atividades de observação. Uma melhor compreensão das problemáticas das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoactivas e do espaço profissional que elas solicitam aos enfermeiros poderá criar condições não só para a preferência do exercício profissional por essa área, mas também, desde aí, para o continuar em percursos formativos pós graduados com ela relacionados. Sobre estes, em particular os que criam condições para o acesso ao título profissional de enfermeiro especialista (Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem ou Mestrados que os incluem), enfatizamos no concreto da especialidade em enfermagem de saúde mental, a indispensabilidade da aprendizagem sobre gestão de caso.

Falamos pois da necessidade da aprendizagem e treino de uma *praxis* complexa, que como vimos demanda tanto a esfera de ação individual do enfermeiro especialista (na prescrição, implementação e avaliação de cuidados diretos na sua área de especialização), quanto a que se relaciona,

³²⁷ National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington, 11.

num registo simultaneamente vertical (utilização de redes de referência) e horizontal (articulação com outros técnicos de saúde da ET), com um outro alcance da sua intervenção como enfermeiro: a orientação, monitorização e avaliação do atendimento das necessidades dos seus clientes por outros técnicos ou instituições de saúde, sociais ou de justiça.

Numa altura especialmente crítica em matéria de escolhas em políticas de saúde em geral e na área da adição em particular, torna-se importante levar em consideração que a investigação qualitativa tem demonstrado ser um pré-requisito fundamental para compreender e responder aos problemas colocados pela adição a substâncias psicoativas. Os seus resultados, que possibilitam chegar a populações antes ocultas e apreender as suas necessidades, iluminar os contextos sociais da utilização das substâncias e informar os desenhos da investigação quantitativa e complementar as suas conclusões, têm-se revelado substancialmente úteis no desenvolvimento de respostas políticas mais adequadas e de escolhas por intervenções mais efetivas nos serviços de saúde³²⁸. No seu mais fundamental, contudo, o contributo da investigação qualitativa no campo da utilização de substâncias psicoativas ilícitas pode ser encontrado no modo como se constitui um meio ao acesso e compreensão das experiências vividas e significados da utilização das substâncias, na perspetiva dos próprios consumidores³²⁹.

No que se refere ao presente estudo, consideramos que para além de iluminar a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, nele se manifestam também as mais-valias da gestão de caso realizada por enfermeiros. Nesse sentido, os seus resultados, uma vez do conhecimento das hierarquias dos serviços de tratamento de adições a substâncias psicoativas, têm o potencial para, partindo do conhecimento

³²⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. Scientific Monograph Series. N.º 4. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

³²⁹ Ibidem, 22.

profundo das necessidades dos clientes, contribuir para a melhoria organizacional dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular.

Para os enfermeiros gestores de caso, atuais e futuros, estes resultados proporcionam uma orientação temática (das comunalidades e das singularidades) facilitadora da identificação de problemas e da evolução subsequente do estado de saúde dos seus clientes; do que, em função das suas necessidades, estes daqueles esperam. A estes dados qualitativos outros quantitativos se devem juntar contudo, na criação de um *corpus* de evidência que suporte as decisões sobre as melhores escolhas, consideradas as necessidades das pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas e a custo-efetividade das soluções encontradas.

De referir ainda que em matéria disciplinar, o estudo reforça o valor da fenomenologia (em particular da fenomenologia interpretativa) para a teorização em enfermagem, assim como ilustra o uso do método fenomenológico para a sua investigação. Com efeito, metodologicamente inspirado também na hermenêutica gadameriana para a qual o método da fenomenologia hermenêutica é que não tem método³³⁰, o estudo revela todo um percurso heurístico, de descoberta livre, que se procurou coerente e fundamentada do “como fazer”.

³³⁰ Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. (3.^a Edição). Petrópolis: Vozes.

Sugestões para investigações futuras

Apesar da inexistência (tanto quanto pudemos verificar na revisão sistemática da literatura por nós realizada em julho de 2007) de estudos sobre a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, de pessoas com problemas de adição a substâncias ou outras, tal como esta investigação beneficiou de outras prévias que com ela, de um modo ou de outro se conectaram, também os seus resultados poderão contribuir para estudos posteriores.

Algumas sugestões ficam:

Associando a finitude da percepção e a subjetividade da interpretação ao não imobilismo da tradição, que proporciona a sua renovação e atualização em cada novo encontro com o(s) interprete(s), dificilmente poderemos deixar de propor, para um foco de atenção complexo como é a experiência vivida de ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, a realização de outros estudos similares...

- no mesmo contexto de cuidados e com os mesmos participantes mas num momento posterior (propiciador da compreensão da evolução dessa experiência, da indagação dos temas que “apenas” se insinuam em alguns dos participantes, mas também da emergência de temas novos, particularmente os relacionados com o final do acompanhamento³³¹),
- no mesmo contexto de cuidados e com outros participantes,
- ou num outro contexto de cuidados

³³¹ A literatura indica o encerramento dos casos (a “alta”), quando possível, como uma das tarefas que precisam de ser melhoradas pelos enfermeiros gestores de caso. In National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington, 19.

...contribuiria certamente para uma maior desocultação do fenómeno e, desde aí, para a potencialmente consequente melhoria dos cuidados de enfermagem.

Sobre um dos temas que interrogámos como charneira experiencial no processo de a pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas se ligar e ser tomado a cargo pelo enfermeiro, para se desligar das substâncias adictivas e gradualmente se ligar a si, tomando-se a seu cargo: "o situar-se na sua história de consumos", consideramos de todo o interesse o seu estudo posterior, seja numa perspetiva da procura da sua real importância no processo de cuidados destas pessoas, seja no reforço da conceptualização da intervenção dos enfermeiros com recurso à metodologia das histórias de vida e das abordagens biográficas. Apesar de esta ser uma matéria não inaugural para os enfermeiros, encontra-se ainda assim pouco desenvolvida³³² e é completamente coerente com a orientação holística do paradigma unitário-transformativo em que nos situamos – também para Watson e Parse *a pessoa é (torna-se) no tempo*.

No que se refere ao outro tema essencial que intuímos também como charneira no processo de mudança destas pessoas, "o modificar o padrão de relação com a substância", somos de opinião de que beneficiaria de uma abordagem também ela fenomenológica, mas desta vez ancorada na proposta da fenomenologia da perceção de Merleau-Ponty³³³. Com efeito, em particular os vividos corporais e psíquicos da ausência da substância narrados pelos participantes do estudo ganhariam em compreensão ao serem iluminados por uma filosofia que, diferentemente da fenomenologia heideggeriana, conceptualiza a consciência como "encarnada" e o mundo como profundamente vivido pelo corpo.

³³² Remmers, H. (2006). The importance of biographical approaches in nursing science. *Z Gerontol Geriat*, 39:183–191

³³³ Merleau-Ponty, M. (2005). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Tel Galimard. (Original de 1945).

Conclusão

O estudo apresentado permitiu adquirir uma compreensão sobre a experiência vivida de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas.

O fenómeno, que se manifestou ao longo de oito temas comuns ("O ligar-se ao enfermeiro"; "O sentir-se representada"; "O sentir-se investida"; "O situar-se na sua história de consumos"; "O modificar o padrão de relação com a substância"; "O valorizar as mudanças"; "O ligar-se aos outros" e "O projetar-se no futuro"), revelou-se enquanto uma experiência eminentemente relacional, toda ela vivida em torno da dialética do "ligar-se" e do "desligar-se".

A narrativa da experiência vivida de ser cuidada por um enfermeiro gestor de caso, da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas, dá conta tanto da experiência que se relaciona com a intervenção do enfermeiro em matéria de prestação direta de cuidados, como da que se relaciona com a perceção da sua intervenção indireta, no âmbito da sua participação na defesa dos interesses e da resolução das necessidades da pessoa no conjunto da Equipa de Tratamento, mas também junto de outros organismos de saúde, sociais e de justiça.

Num momento da história em que a problemática da adição a substâncias psicoativas atinge na Europa e em Portugal proporções nunca antes vistas, com repercussões ao nível da diversificação e intensidade das necessidades das pessoas com essas dependências, os enfermeiros são na atualidade chamados a ampliar o escopo da sua *praxis* cuidativa, trilhando caminhos de maior autonomia e responsabilidade, de maior participação no projeto de saúde das pessoas que cuidam.

A figura do enfermeiro gestor de caso poderá, crê-se, no âmbito das unidades de tratamento da adição, melhorar as respostas às necessidades das pessoas que aí são assistidas. Os resultados desta investigação, contudo, para os enfermeiros em geral que trabalham na área da adição e para os enfermeiros gestores de caso em particular, carecerão dos seus juízos posteriores.

Desde agora, os resultados deste que foi um estudo nitidamente subjetivado, ligado ao investigador-sujeito que o desenvolveu, não são mais sua propriedade. Eles passam, isso sim, ao domínio da partilha disciplinar e profissional. Se e quando os seus resultados forem capazes de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados dos atuais enfermeiros gestores de caso da Equipa de Tratamento e de, para além disso, incentivar a que outros enfermeiros o passem a fazer também, se conhecerá a sua real importância.

Sendo esta uma investigação em enfermagem e, por isso, fundamentalmente destinada a ser divulgada aos enfermeiros, ela destina-se também a quaisquer outros técnicos de saúde que se interessem pelas pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas.

Com efeito, se a adição é um fenómeno complexo, nada há de surpreendente em ser um domínio clínico partilhado em que o diálogo inter e mesmo transdisciplinar se compreendam na atualidade como tão necessário.

Cada progresso de cada disciplina precisa e pode, por isso, trazer progressos ao conhecimento de outras disciplinas, numa simultaneidade de envolvimento nas trocas sobre as questões definidas em comum³³⁴; sobre o que afeta as pessoas com problemas de adição a substâncias psicoativas.

³³⁴ Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget. Medicina e Saúde.
- Alexander, J.; Pollack, H.; Nahra, T.; Wells, R.; Lemak, C. (2007). Case Management and Client Access to Health and Social Services in Outpatient Substance Abuse Treatment. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. Vol. 34, Issue 3 (July 2007), 221-236.
- Almeida, F.; Brandão, C. (2009). *Da Fenomenologia Transcendental à Fenomenologia Existencial*. Goiás: Universidade Federal de Goiás. Acedido em 4 de agosto de 2011 em <http://www.scribd.com>.
- Alves, P. (2007). Fenomenologia: A Metafísica do Método. In D. Ferrer (Ed.), *Método e Métodos do Pensamento Filosófico*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 156-179.
- António, P. (2008). O encontro terapêutico e a centralidade do afeto na clínica com toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 14 Nº2, 15-24.
- Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald, W. (Coords). (1996). *Bioética*. Lisboa: Editora Verbo. 323-328.
- Atkinson, L.; Murray, M. (1089). *Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed.). USA: Author.
- Arana, H. (1987). *Discurso sobre o Método Fenomenológico*. (Tese de Doutorado não publicada). Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Babor, T. (2009) Álcool: Bem de consumo *sui generis*. Resumo do Relatório da OMS. *Revista Toxicodependências*. Vol. 15, Nº1, 77-86.
- Banonis, B.; Charleston, S. (1989). The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*. Spring, 2(1) (1989), 37-43.
- Barchifontaine, C.; Zoboli, E. (2007). *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. São Paulo: Ideias & Letras e Centro Universitário São Camilo. 29-45.
- Barreto, J. (1996) Doença Psíquica. In Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald, W. (Coords). (1996). *Bioética*. Lisboa: Editora Verbo. 314-322.
- Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. 2nd Ed. New-York: Springer Publishing Company.
- Benner, P. (Ed.) (1994). *Interpretive Phenomenology. Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Blancett, S.; Flarey D. (1996). *Case studies in nursing case management: health care delivery in a world of managed care*. Jones & Bartlett Publishers.

Bleicher, J. (2002). *Hermenêutica Contemporânea*. (Morujão, C. Trad.). Lisboa: Edições 70.

Borges, C.; Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 1*. Lisboa: Climepsi Editores.

Borges, C.; Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi.

Bower, K. (1992). *Case Management by Nurses*. Kansas City: American Nurses Publishing.

Boyd, M. (2007). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Caelli, K. (2001). Engaging with Phenomenology: Is it more of a Challenge than it Needs to be? *Qualitative Health Research*. Vol. 11 No. 2, 273-281.

Capalbo, C. (2008). *Fenomenologia e Ciências Humanas*. São Paulo: Ideias e Letras.

Carpenter, S. (2001). *Cognition is central to drug addiction*. American Psychological Association. Acedido em 10 de agosto de 2011 em <http://www.apa.org/monitor/jun01/cogcentral.aspx>.

Carvalho, A. (Coord.) (2008). *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina.

Casarin, S.; Villa, T.; Caliri, M; Gonzales, R; Sassaki, C. (2001). Enfermería y gerencia de caso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. julho; 9(4), 88-90.

Casarin, S.; Villa, T.; Gonzales, R.; Freitas, M.; Caliri, M. et al. (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472-7.

Carter, S.; Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.

Chalier, C. (1996). *Lévinas a utopia do humano*. Lisboa: Instituto Piaget. Epistemologia e Sociedade.

Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica. Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. (Vol. 1) Loures: Lusodidacta.

Chalker, T. (1997). Addiction: A Concept Analysis. *Journal of Addictions Nursing*, 9: 4, 168 — 172.

Chan, G.; Brykczynski, K.; Malone, R.; Benner, P. (2010). *Interpretive Phenomenology in Health Care Research*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Cohen, E.; Cesta, T. (2004) *Nursing Case Management: From Essentials to Advanced Practice Applications*. (4th ed.). Elsevier Health Sciences.

Cohen, M; Kahn, D; Steeves, R. (2002). *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers. Methods in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Coimbra de Matos, A. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. (2^a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Conselho da União Europeia (CUE) (2004). *Estratégia da UE de luta contra a droga (2005-2012)*. Bruxelas: Autor.

Conselho da União Europeia (CUE) (2005). *Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2005-2008)*. Bruxelas: Autor.

Conselho da União Europeia (CUE) (2008). *Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2009-2012)*. Bruxelas: Autor.

Conti-o'hare, M. (1996). A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse's Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 8: 3, 80-84.

Costa, N. (1995). A perturbação da vivência do tempo na toxic dependência e na depressão. *Revista Toxic dependências*. Lisboa: SPTT. N.º 2, 50-61.

d'Alte, I.; Petracchi, P.; Ferreira, T.; Cunha, C.; Salgado, J. (2007). *Self* Dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interações*. N.º 6, 8-31.

Dartigues, A. (1992). *O que é a fenomenologia?* (3^a Ed.). (Almeida, M. Trad.). Rio de Janeiro: Moraes.

Debesay, J.; Nåden, D.; Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 15(1). 57-66.

Decreto-Lei n.º 221 (2007, 29 de maio). *Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxic dependência, I.P.*. Diário da República, I Série.

Decreto-Lei n.º 17 (2012, de 26 de janeiro). *Criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)*. Diário da República, I Série.

Dias, A. (2006). *Alcoolismo: Compreensão Psicodinâmica. Etanol, um líquido metonímico*. Lisboa: Climepsi. Alcoolismo e Toxicomanias Modernas.

Dilthey, W. (1976). *Selected Writings*. (Rickman, H. Trans.) Cambridge: Cambridge University Press.

Dilthey, W. (1980). *Introducción a las Ciencias del Espíritu. Ensayo de una Fundamentación del Estudio de la Sociedad y de la Historia*. (Marías, J. Trans.) Madrid: Alianza Editorial. (Original de 1883).

Dilthey, W. (1989). *Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History*. (Betanzos, R. Trans.) Detroit: Wayne State University Press. (Original de 1883).

Ditzler, J. Ditzler, J. (1995). *Largar as drogas*. Lisboa: Associação Tratamento Toxicodependências.

Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 131-142.

Drummond, J. (2007). *Historical Dictionary of Husserl's Philosophy*. New York: The Scarecrow Press, Inc.

Edwards, G. (Ed.). (2020). *Addiction. Evolution of a specialist field*. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. Blackwell Science Ltd.

Egenes, K. (1995). Addiction Treatment: A Historical Nursing Perspective. *Journal of Addictions Nursing*, 7: 1, 2 — 7.

Ermarth, M. (1978). *Wilhelm Dilthey: The critique of historical reason*. Chicago: University of Chicago Press.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. Scientific Monograph Series. N.º 4. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Fleming, M. (2003). *Dor Sem Nome. Pensar o Sofrimento*. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

Frankel, A.; Gelman, S. (1998). *Case Management*. Chicago: Lyceum Books.

Frazer, K.; Strang, V. (2004). Decision-Making and Nurse Case Management. *Advances in Nursing Science*. Lippincott Williams & Wilkins. Vol. 27, Issue 1, 32-43.

Gadamer, H-G. (1999). *Verdade e Método. Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. (3.ª Edição). Petrópolis: Vozes.

Gadamer, H-G. (2004). *Truth and Method*. (3rd Edition). London: Continuum Publishing Group.

Gadamer, H-G. (2002). *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. Petrópolis: Vozes.

Gigliotti, A; Guimarães, A. (2007). *Dependência, Compulsão e Impulsividade*. Rio de Janeiro: Editora Rubio.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research.. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235. Retrieved from Psychology and Behavioral Sciences Collection database.

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Glantz, M.; Pickens, R. (1992). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington: American Psychological Association.

Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objeto*. Lisboa:Climepsi.

Gonzales, R.; Casarin, S.; Caliri, M.; Sassaki, C.; Monroe, A.et al. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. março, 10 (2), 227-231.

Guimarães, R.; Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma compreensão da Dor Mental na Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº2, 3-12.

Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

Husserl, E. (1989). *A Ideia da Fenomenologia*. (Morão, A. Trad.). Lisboa: Edições 70.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Autor.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2006). *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências - Horizonte 2008*. Lisboa: Autor.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2006). *Plano de Atividades para o ano de 2007*. Lisboa : Autor.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012*. Lisboa:Autor.

Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 13 Nº1, 49-58.

Jonas, H. (1995). *El Principio De Responsabilidad: Ensayo de una etica para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder (original de 1979).

Josso, Marie-Christine. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne: Editions L'Age d'homme.

Josso, Marie-Christine. (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa : Educa.

Kerouac, S. ; Pepin, J. ; Ducharme, F. ; Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. (2nd. ed.). Montréal : Beauchemin Editeur.

King, T. Jr.; Wheeler, M.; Fernandez, A.; Schillinger, D.; Bindman, A. et al (2006). *Medical management of vulnerable and underserved patients: principles, practice, and populations*. New York: McGraw-Hill Professional.

Laverty, S. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3). Article 3.

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Marseille: Hommes et Perspectives.

León, E. (2009). The hermeneutic turn on Martin Heidegger's phenomenology. *Revista Polis. Revista Académica*. Universidade Bolivariana. Nº 22. Acedido em 5 de agosto de 2011 em <http://www.revistapolis.cl/english/22e/leon.htm>

Leshner, A. et al. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science. Vol. 278, 45 – 47. Acedido em 20 de junho de 2007 em <http://www.sciencemag.org/cgi/reprint/278/5335/45.pdf>.

Leshner, A. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *The Journal Of The American Medical Association [JAMA]*. American Medical Association. Vol. 282 (14), 1314-6.

Leshner, A. (1999). Science Is Revolutionizing Our View of Addiction — and What to Do About It. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association. Vol. 156, 1–3.

Lessa, J.; Sá, R. (2006). A relação psicoterapêutica na abordagem fenomenológico-existencial. *Análise Psicológica*. 3 (XXIV), 393-397.

Levinas, E. (2003). *Humanism of the other*. Chicago: University of Illinois Press.

Lévinas, E. (2008) – *Totalidade e infinito*. Lisboa : Edições 70.

Lopes, J.; Sequeira, A. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 15 Nº1, 67-76.

Lopes, J. (2010). O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 16 Nº1, 65-77.

Lopes, M. (1999). *Conceções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro – doente como intervenção terapêutica – Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.

Lubkin, I.; Larsen, P. (2005). *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.

- Lyotard; J-F. (2008). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Makkreel, R.; Rodi, F. (Eds.). (1985). *Wilhelm Dilthey: Selected Works, Volume V: Poetry and Experience*. New Jersey: Princeton University Press.
- Mantzavinos, C. (2005). *Naturalistic Hermeneutics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marriner, A. (1989). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol S.A..
- Major, F. (2000). Le Centre D'Intérêt de la Discipline Infirmière: Une Clarification à L'Aide des Bases Ontologiques. *Recherche en Soins Infirmiers*. Lyon: Association de recherche en soins infirmiers. N.º 60 (Mars), 9-16.
- McCormick, P.; Elliston, F. (Eds.). (1981) *Husserl: Shorter works*. Indiana: Notre Dame Press.
- McLellan, A., Hagan, T., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 55(1/2), 91-103.
- Mejta, C., Bokos, P., Mickenberg, J., Maslar, M., & Senay, E. (1997). Improving Substance Abuse Treatment Access and Retention Using a Case Management Approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329-340.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mello, M.; Barrias, J.; Breda, J. (2001) *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Merleau-Ponty, M. (2005). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Tel Galimard. (Original de 1945).
- Michel, O. (2002). *Álcool, drogas e alucinações, como tratar*. Tijuca: Revinter.
- Mitchell, G.; Cody, W. (1992). "Nursing Knowledge and Human Science: Ontological and Epistemological Considerations". *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications. 5 (2), 54-61.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. California: SAGE Publications, Inc.
- Morgenstern, J., Blanchard, K., McCrady, B., McVeigh, K., Morgan, T., & Pandina, R. (2006). Effectiveness of Intensive Case Management for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families. *American Journal of Public Health*, 96(11), 2016-2023.
- Morel, A.; Hervé, F.; Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Morel, A. ; Favre, J.; Rigaud, A. (2001). Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre poits communs et spécificités. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, 45-56.

Morujão, A. (1990). Fenómeno: fenomenologia. In *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*. Lisboa: Editorial Verbo. 484-495.

Mulhall, S. (2005). *Heidegger and "Being and Time"*. (2.ª Ed.). London: Routledge.

Munhall, P. (Ed.) (2001). *Nursing research: A qualitative perspective*. (3ª ed.). New York: National League for Nursing.

Mullahy, C. ; Jensen, D. (2004). *The case manager's handbook*. 3.ª Ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

Munafò, M.; Albery, (Eds.) (2005). *Cognition and addiction*. Oxford: Oxford University Press.

Naegle, M. (1991). Florence Nightingale: Addictions Nursing Pioneer. *Journal of Addictions Nursing*, 3: 4, 124-125.

Naegle, M. (1993). *Substance abuse education in nursing*. National League for Nursing. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

National Chronic Care Consortium (2000). *Case Management: Methods and Issues*. Bloomington.

National Institute on Drug Abuse (1992). *Progress and Issues in Case Management*. U.S. Rockville: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Research Monograph Series.

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroínódependentes. Características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.

Neves, M. (2003). Ética e experimentação humana: novas vulnerabilidades. *Cadernos de Bioética*, N.º 42, dezembro.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência. (Original de 1860).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2006). *Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2007). *Relatório Anual 2007: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2008). *Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Olés, P.; Hermans, H. (2005). *The dialogical "self": theory and research*. Lublin: Wydawnictwo.

Olievenstein, C. (1983). *Destin du toxicomane*. Paris: Fayard.

Oliveira, J.; Botelho, M. (2010). De Husserl a Ricoeur: Um Percurso Metodológico Aplicado à Investigação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Lisboa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de). Vol. 14 N.º 2. 2º Semestre.

Oliveira, M.; Laranjeira, R.; Jaeger, A. (2002). Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3 (2), 205-212.

Ortiz, M. (2009). Hermeneutics and nursing research: history, processes, and exemplar. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 9(1), Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Paisana, J. (1992). *Fenomenologia e Hermenêutica. A relação entre as filosofias de Husserl e Heidegger*. Lisboa: Editorial Presença.

Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks.

Parse, R.R. (2001). *Qualitative Inquiry. The Path of Science*. London: Jones and Bartlett Publishers, Inc. New York: National League for Nursing.

Pascoe, E. (1996). The value to nursing research of Gadamer's hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 24,1309-1314.

Paterson, J.; Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. The Project Gutenberg eBook. Acedido em 6 de agosto em <http://www.gutenberg.org/ebooks/25020>.

Playle, J. (1995). Humanism and positivism in nursing: contradictions and conflicts. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 979-984.

Polifroni, E.; Welch, M. (Eds.). (1999). *Perspetives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott.

Portaria n.º 648 (2007, 30 de maio). *Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP*. Diário da República, I Série.

Powell, S.; Wekell, P. (1996). *Nursing Case Management: A Practical Guide to Success in Managed Care*. Philadelphia: Lippincott.

Rapp, R.; Otto, A.; Lane, D.; Redko, C.; McGatha, S.; Carlson, R. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*. Ireland: Elsevier Science Ltd., 172–182.

Remmers, H. (2006). The importance of biographical approaches in nursing science. *Z Gerontol Geriat*. 39:183–191.

Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011.

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª edição. Loures: Lusociência.

Ricoeur, P. (1996). *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Edições 70.

Rodrigues, M.; Teixeira, Z. (2010). Da “falta de força de vontade” ao empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: IDT. Vol. 16 N.º1, 57-64.

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. February; 53(3):304-10.

Rolfe, G. (2006). Judgements without rules: towards a postmodern ironist concept of research validity. *Nursing Inquiry*; 13(1): 7–15.

Rosa, A; Gomes, J; Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Formasau.

Santos, B. (2007). *Um Discurso Sobre as Ciências*. 15ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. (Original de 1987).

Shanley, E.; Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 734–743.

Schaub, B; Schaub, R. (1997). *Healing Addictions. The Vulnerability Model of Recovery*. New York: Delmar.

Sequeira, A. (2006). *As Necessidades dos Toxicodependentes em Programa de Tratamento com Metadona, em Baixo Limiar de Exigência*. Monografia de Licenciatura. Setúbal: Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.

Sequeira, A. et. al. (2007, 2008, 2009, 2010). *Relatórios de Avaliação Interna do Projeto do Enfermeiro Gestor de Caso na Equipa de Tratamento do Barreiro*. Barreiro: Equipa de Tratamento do Barreiro. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Documentos não publicados.

Tomey, A; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Ed. Loures: Lusociência.

Shwartz, M.; Baker, G.; Mulvey, K.; Plough, A. (1997). Improving Publicly Funded Substance Abuse Treatment: The Value of Case Management. *American Journal of Public Health*. American Public Health Association, 1659-1664.

Smith, J. (Ed.) (2008). *Qualitative Psychology: a practical guide to research methods*. 2nd. Edition. Sage.

Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M. (2010). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage.

Soares, I. (Org.). (2006). *Psicologia. Contributos da investigação para o estudo da vinculação*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia e Edições Colibri. Vol. XX, Nº 1.

Solari-Twadell, A. (1989). Addictions Nursing: An Emerging and Vital Field. *Journal of Addictions Nursing*, 1: 1, 4-5.

Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 715-721.

Spiers, J. (2005). A concept analysis of vulnerability. In Cutcliffe, J.; McKenna, H. (2005). *The Essential Concepts of Nursing*. London: Elsevier. 331-345.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing*. 6th Edition. Mosby. Elsevier Health Sciences.

Strasser, S. (1985). *Understanding and Explanation: Basic ideas concerning the humanity of the human sciences*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Sund, J.; Sveningsson, L. (1998). Case Management in an Integrated Delivery System. *Nursing Management*. Springhouse Corporation, 24-25.

Tinoco, R.; Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, Vol 7, nº.1, 17-22.

Tinoco, R. (2002). Indeterminação biográfica – de condição natural a uma fissura na história do sujeito. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, Vol 8, nº.3, 61-67.

United Nations Office For Drug Control And Crime Prevention (UNODC) (2000). *Demand reduction: a glossary of terms*. New York : UN Publication.

Vaartio, H.; Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing Advocacy – A review of the empirical research 1990-2003. *International Journal of Nursing Studies*. 42. 705-714.

Vanderplasschen, W.; Wolf, J.; Rapp, R.; Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs*. Haight Ashbury Publications, 81-95.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.

Van Manen, M. *Edmund Husserl*. Acedido em 3 de agosto de 2011 em <http://www.phenomenologyonline.com/scholars/husserl-edmund/>.

Verlaine, R.; Barreto, J. (Org.). (2001). *A Outra Margem. Filosofia, Teorias de Enfermagem e Cuidado Humano*. Coleção Alagadiço Novo. Fortaleza: Casa de José de Alencar, Programa Editorial.

Vieira, C. (2001). Repetição, Compulsão à Repetição e Recaídas. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, 23-28.

Wagner, E.; Waldron, H. (2001). *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Elsevier.

Walker, C. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 988-996.

Watson, J. (1995). "Postmodernism and Knowledge Development in Nursing". *Nursing Science Quarterly*. Chestnut House Publications. 8 (2), 60-64.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weaver, K., & Olson, J. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469.

Wherter (2001). *O Método Fenomenológico*. Acedido em 3 de agosto de 2011 em <http://www.scribd.com>.

White, B.; Bouton, L.; Garris, S.; Humphreys, P.; Miltier, J. (1998). The Role of the Nurse Case Manager in Substance Abuse Treatment. *Journal of Addictions Nursing*. 10: 3, 136-141.

White, P.; Hall, M. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of the Medical Library Association*. 94(2) Supplement, 99-106.

Weydt, A. (2001). *Nursing Case Management: Quality and Cost*. *Creative Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Acedido em 29 de julho 2011 de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

Yamashita, M.; Forchuk, C.; Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspetives in Psychiatric Care*. Oxford: Blackwell Publishing Limited, 62-70.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*. 15, 215-228.

ANEXOS

Pedido de autorização para realização do estudo e colheita de dados



Exmo. Sr. Dr. Adelino Antunes,
Delegado Regional da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT

Assunto: Doutoramento em Enfermagem - pedido de autorização para colheita de dados

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, Professor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e doutorando do Programa de Doutoramento em Enfermagem – Curso de 2006/2007, organizado pela Universidade de Lisboa e pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, cujo projecto de tese de doutoramento se encontra já registado sob o título “A experiência vivida de pessoas com toxicod dependência cuidadas por enfermeiros gestores de cuidados num CAT¹”, vem por este meio solicitar se digne autorizar a realização da respectiva colheita de dados, na ET do [REDACTED] destinada ao cumprimento da etapa empírica do estudo.

Considerando que se trata de um estudo qualitativo de orientação fenomenológica, a colheita de dados a que se refere este pedido de autorização reporta à realização de entrevistas a dez utentes da ET do [REDACTED] a escolher por amostragem teórica de entre a população de utentes acompanhada pelos enfermeiros como gestores de cuidados.

Estas entrevistas (em profundidade, que pelo facto de se inscreverem numa orientação fenomenológica não se fazem acompanhar de guião), têm como objectivo conhecer, descrevendo, a experiência vivida das pessoas com toxicod dependência cuidadas por enfermeiros de acordo com o modelo de gestor de cuidados, que a Escola Superior de Setúbal tem, ao abrigo de protocolo formulado entre a ESS e o CAT, datado de Junho de 2006, vindo a desenvolver com a equipa de enfermagem da ET do [REDACTED]

¹ Equipa de Tratamento, na actualidade.



Mais informa que estudo em questão, incluído na linha de investigação centrada na experiência vivida pelas pessoas no domínio da saúde, tem como orientadora a Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho (docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) e como co-orientadora a Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes (docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal).

Finalmente, é compromisso ético e deontológico deste investigador que para a realização das entrevistas sejam acautelados, de acordo com as melhores práticas de investigação com pessoas, os princípios da Beneficência e Não-Maleficência, do consentimento informado e do sigilo e confidencialidade no que se refere à divulgação da identidade dos utentes que aceitem participar nesta etapa do estudo.

Junta documento em anexo:

Cópia do certificado de inscrição no 2º ano do Programa de Doutoramento em Enfermagem.

Colocando-me ao dispor para os esclarecimentos que possa julgar necessários, aguardo a melhor resposta.

Atentamente,

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
em 26 de Fevereiro de 2008.




(Joaquim Manuel de Oliveira Lopes)

2

Concessão de autorização para realização do estudo e colheita de dados

08 SEG 16:07 FAX 351217235677 SEC.DRLVT/IDT 003
 02 09 QUA 12:29 FAX 351217235677 SEC.DRLVT/IDT 001
 →→ SEC.SERV.CENTRAL


 Ministério da Saúde

As JTR. JTRRI/NEZ para
2008.02.23
 FAX N.º 37/2008/DRLVT/Del

Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
MANUEL R. CARDOSO
6/16/17


Parece-me muito interessante o estudo sobre esta população assim familiarizada por gestores de unidades figura que o cat [redacted] tem desenvolvido de forma pioneira
6/3/2008
João Pedro
 José Pedro
 Director
 Departamento de Tratamento e Reinserção

PARA: Serviços Centrais do IDT DE: Adelino Antunes
 A/C: Exmo. Senhor Presidente do Conselho Directivo - Dr. João Augusto Castel-Branco Goulão DATA: 27/02/2008
 C/C:
 NÚMERO DE FAX: NÚMERO DE FAX: 21 723 56 77
 N.º PAGINAS: 1 + 3

ASSUNTO: Doutoramento em Enfermagem - Pedido de autorização para colheita de dados

Dado que a entrevista a utentes e o acesso a dados sobre os mesmos carece de autorização da entidade máxima do Serviço, vimos por este meio submeter o presente pedido que nos chegou da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, à apreciação de V. Exa..

Com os melhores cumprimentos.

O Delegado Regional

 Adelino Antunes

IDT - DTR
 RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS
 Entrada N.º 78-1
 Data 28/02/08
 Hora 10h
 O rececionista
 E. R.

Av. Columbano Bordalo Pinheiro, nº 87 - 2.ª 3.ª e 4.ª - 1070 - 062 Lisboa Tel. 00 351 21 723 56 00 e E-Mail: driv@idt.mn-saude.pt Site: www.idt.pt



Ministério da Saúde

António Carlos
2008-03-29
MANUEL R. CARDOSO
PROCURADOR

PARA: Serviços Centrais do IDT

A/C: Exmo. Senhor Presidente do Conselho Directivo - Dr.
João Augusto Castel-Branco Goulão

C/C:

NÚMERO DE FAX:

A. JTR.
DRRI/NEI
2008-02-23
FAX N.º 37 / 2008/DRLVT/Del

Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

DE: Adelino Antunes

DATA: 27/02/2008

N/NÚMERO DE FAX: 21 723 56 77

N.º PAGINAS: 1 + 3

Um projecto de doutoramento na área de toxicod dependência é sempre uma coisa boa, pelo que não se vê qual o inconveniente neste pedido.
28/2/08

Anty.
DRRI/NEI

ASSUNTO: Doutoramento em Enfermagem - Pedido de autorização para colheita de dados

Dado que a entrevista a utentes e o acesso a dados sobre os mesmos carece de autorização da entidade máxima do Serviço, vimos por este meio submeter o presente pedido que nos chegou da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, à apreciação de V. Exa..

Com os melhores cumprimentos,

O Delegado Regional

Anty.
Adelino Antunes

APÊNDICES

Termo de consentimento livre e esclarecido



Programa de Doutoramento em Enfermagem
Curso de 2006/2007



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante na Investigação

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, enfermeiro e doutorando em Enfermagem, a desenvolver o projecto “A Experiência Vivida de Pessoas com Toxicodependência Cuidadas por Enfermeiros Gestores de Cuidados”, orientado pela Professora Doutora Antónia Rebelo Botelho e co-orientado pela Professora Doutora Lucília Nunes, solicita a minha disponibilidade para ser entrevistado nas instalações desta Equipa de Tratamento, a fim de colaborar no referido estudo.

Ao assinar o presente termo de consentimento livre e esclarecido, manifesto:

- Saber que o objectivo do estudo é conhecer a experiência vivida de pessoas com toxicodependência cuidadas por enfermeiros gestores de cuidados;
- Saber que a minha participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer momento;
- Saber que da aceitação em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos para o meu processo de tratamento;
- Saber que da recusa, em qualquer momento, em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos para o meu processo de tratamento;
- Saber que a minha identificação será mantida no anonimato;
- Saber que a informação recolhida na entrevista é confidencial e se destina exclusivamente a ser utilizada neste estudo;
- Ter esclarecido com o investigador qualquer questão não respondida neste termo de consentimento;
- Consentir ser entrevistado;
- Autorizar que a entrevista seja gravada em suporte áudio.

_____ de _____ de 2010,

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

(Joaquim Manuel de Oliveira Lopes)

Narrativas da experiência dos participantes no estudo

Narrativa do Artur (1)

Foi por um colega meu que andava aqui também pouca...da cura do álcool. Que eu era igual a ele. Ele bebia muito, ele vinha aqui, ele depois é que me aconselhou cá vir, por causa que eu bebia muito. Eu bebia muito e...vim cá com ele, fiz a ficha e agora aqui tou. Primeira pessoa foi com a doutora (*a enfermeira*), é...a doutora é que ...é que me tratou dos papéis todos, fez-me as perguntas que tinha que me fazer...fiz exames, fiz exames aqui. Primeiro perguntaram-me, quando eu cá vim, o que é que eu pensava...fazer à minha vida...a doutora (*a enfermeira*) perguntou-me. Eu a primeira vez quando eu vi aqui fiquei assim...porque uma pessoa não conhece as pessoas, não tem aquela lidação...e fui sincero...fui sincero...não sei o que é que há de explicar mais. E posso agradecer a elas, às doutoras (*a enfermeira e a assistente social*) por eu tar assim como tou agora. Se não fosse elas alguma vez...se calhar andava aí outra vez, ou já tinha fechado os olhos, se calhar, se não fosse as doutoras...se não fosse aqui, não sei...tinha que ser à força. Não gosto de tar preso (*em hospitais, mas aqui?...*) NÁÁ!! (*não se sente preso*)...aqui não tenho nada contra as doutoras porque ajudaram. Se não me ajudassem eu também, eu também não vinha aqui. É mesmo assim. A gente só temos é que ir onde, onde ajudam...se não ajudassem o que é que eu tava aqui a fazer? Eu aqui tou muita contente. Aqui não posso mesmo dizer assim “éh pá, isto aconteceu isto e isto”, não, ao contrário. Aqui gosto de cá vir, são muito simpáticas, ajudaram-me!...e estão sempre dispostas para me ajudar em qualquer coisa...para ver se isto vai avante...tive uma grande ajuda, posso agradecer...à CAT, porque deram-me uma granda força para eu conseguir deslargar o álcool...e eu agora tou aqui...a falar consigo e posso agradecer muito a eles.

(*Vem às consultas*) aí uma ou duas semanas...por quinze a quinze, conforme. O que passarei é que cá venho, tenho aqui o papelzinho...chegam aqui, escrevem a data e venho cá nestas datas. Vou (*continuar a vir às consultas*) e não vou falhar. Não vou falhar porque, porque gosto de cá vir. E depois partir daí...venho cá...nem que seja só para perder tempo, só para falar com elas, um bocadinho...eu nunca vou deixar de cá vir...porque isto é assim, uma pessoa nunca se esquece das pessoas que fazem bem, não é? Se fizessem mal também não vinha aqui, de certeza (*risos*).

Atão se eu não tivesse deixado de beber onde é que eu já tava? Se calhar já tava a fazer tijolo. O meu pai também...o meu pai morreu com uma cirrose. A minha droga foi sempre o álcool... eu comecei a beber tinha uns catorze, quinze anos. Já apanhava as minhas cabeças...já o fígado já tava a inchar...eu chegava a ir em coma pó hospital...muitas vezes. Era uma coisa que eu adorava, eu bebia bagaço como bebia água (*riso*)...as pessoas até me diziam “olha, tu não vais durar muito tempo, assim”. Atão eu bebia o bagaço como tava a beber água.

Só fazia era figuras...tive, tive muita chatice c'a minha mãe. Porque eu, porque isto é assim, porque eu não via as figuras que fazia...vejo as pessoas, vejo as pessoas a fazer as coisas, as figuras que elas fazem, no meio da rua, andarem lá todos aos trambolhões...eu fico coiso, às vezes fico a pensar p'ra mim "olha a figura que eu fazia..." Tive muito tempo a dormir na rua...foi pela minha cabeça, foi por mais nada. Fiquei sem a minha filha...a minha filha tá numa estituição...pro menos...é o que dizem. Alguns dizem que a minha filha foi adotada...outros dizem que ela tá numa estituição...não sei. Eu não tinha condições pa criar a minha filha...p'a criança tar mal?...pa passar fome, passar frio, como eu passei? Não. Assim por menos tem um teto e tem comida todos os dias, de certeza!...Se tivesse comigo... Eu também fiquei sem ela porque eu também sou terrível, é o álcool...e aí também não havia hipótese nenhuma...aí mesmo...quem era as pessoas que queria entregar um filho...um filho a um alcoólico, que era o que eu era, um alcoólico. Isto dói muito, pra mim dói muito, não há dia nenhum que eu não pense na minha filha...(emociona-se e respira fundo)...eu até nem gosto de tar a falar nisto porque...porque é chato, é chato, não é chato, é triste...e eu também lhe digo uma coisa, eu também entreguei-me mais ao álcool...entreguei-me mais ao álcool quando eu soube que fiquei sem a minha filha...

Relaxe-me...que eu não era assim. Era um rapaz...era outra pessoa...eu...(dificuldade em falar)... posso mesmo dizer de boca cheia, eu podia me rir da minha família toda...podia ter a minha casa, podia ter dois carros, podia ter a minha mota, que é uma coisa que eu gosto muito é de motas...e não tenho nada, ando a pé, se quiser...ou ando de bicicleta. Andei com uma rapariga três anos e meio...e a gente acabamos tudo por causa do álcool, ela deu-me e escolher...e eu disse que queria as duas coisas ao mesmo tempo! Ah sinto mal porque...porque se eu tivesse ido p'o conselho dela, se calhar tava melhor do que tou...se tivesse ido p'o conselho dela tava muito melhor. Se calhar já, já tinha casado com ela, depois já tínhamos putos, se calhar já tinha a minha casa, já tinha o meu trabalhozinho, se calhar como deve ser...e agora aqui assim...

Quando eu andava no álcool, nem sequer um cigarro tinha para fumar...não me sentia bem, não me sentia bem, de ver os outros a trabalhar e eu não tar a trabalhar. Eu parado, prontos também era o meu mal era quando eu bebia... enquanto trabalhava não dava aquela tentação. Oiça, o dinheiro que eu gastei no álcool...quando andava a trabalhar, gastava muita dinheiro. Eu se eu tivesse cem contos, ou duzentos contos, isto é aí duas semanas (sorriso)..., eu chegava a gastar quinze contos...quinze contos por noite. Só em álcool, álcool e tabaco. Cheguei ao ponto de eu dizer assim "Eu, então eu ando, farto-me de trabalhar, farto-me de trabalhar, p'a ir gastar o dinheiro p'ó álcool? Não!".

Começo a pensar o é que, o que eu...a asneira que eu fiz. Agora...ando p'ra minha cabeça...é mesmo apagar a asneira que eu fiz...as coisas passadas é pra mandar pra trás das costas (mas) não posso esquecer muitas coisas...a borrada que eu fiz, do álcool...não. Não sou contra os gajos do álcool, que eu já fui...mesmo, igual ao meu pai.

E eu, para não acontecer a mesma coisa como aconteceu, ao meu pai, cortou. Falo (*de tudo com a enfermeira*) e tá tudo, tá tudo apontado...aquelas conversas com a doutora (*a enfermeira*) tinha comigo, era o que eu respondia...prontos... ajudaram-me muito.

Gosto de cá vir, são muito simpáticas, ajudaram-me! Se calhar se não fosse elas, me ajudarem, já não tava aqui, a falar consigo. (*A enfermeira*) mandou-me para Lisboa, mandou-me para Lisboa não é, houve um papel que tive que fazer, fiz exames e depois fui pa Lisboa...coiso do alcoolismo. (*Depois*) ela arranjou-me um sítio para ir comer, que eu também não, não comia. “Primeiro vamos lá a ter a cura do álcool, vamos à casa agora, para a gente dar uma ajudinha, vamos à casa e depois...é a boca”. Porra, ajudar têm ajudado muito....mas eu estou a precisar é de outras coisas, porque do álcool (*risos*) ...o álcool pra mim não me faz falta nenhuma, o que me faz falta é um prato de sopa, se eu não tiver um prato de batatas fritas com bife tenho um prato de sopa...por o menos é o mais principal.

As pessoas às vezes me perguntam como é que eu consegui deslargar...porque uma pessoa que é agarrada ao álcool, já é muito difícil de sair. Foi um bocado difícil, porque o corpo, o corpo já tá habituado aquele, à bebida. O álcool é como a droga. O corpo sente...uma pessoa que teja habituada aquilo, tira aquilo de repente...o corpo sente...é como o tabaco. Se eu tiver um dia sem fumar começo a tremer por todo o lado. Eu quando deslarguei eu andava um bocado stressado....e de que maneira (*risos*), mesmo com os comprimidos, às vezes nem paciência tinha para a minha mãe, nem para a minha família. Diziam-me qualquer coisa e eu desparatava. Porque era a faltar-me um bocado de qualquer coisa cá dentro. Inda tou um bocadinho em baixo...se eu tiver muito tempo parado...fico doente...já tou habituado, já desde os quinze anos, catorze ou quinze anos, a trabalhar...eu tenho que fazer sempre qualquer coisa, sempre...tenho que arranjar maneira de sempre mexer...

Consegui arranjar (*trabalho*)...andavam a ver se conseguiam me arranjar...agradeço muito a elas, agradeço mesmo... “Pronto eu já tou curado, já tou bem curado! Posso mesmo dizer que tou mesmo cem por cento, mesmo curado...Não tou noventa e nove por cento, tou cem por cento”. Fui procurar para me mexer... o trabalho fui eu que consegui arranjar. Graças a Deus vou começar a trabalhar amanhã. Ficaram contentes, a doutora (*a enfermeira*), ficou contente... ficaram contentes por eu ter arranjado o trabalho! Foi logo, isto foi logo a primeira, porque foi uma grande novidade (*risos*)...É bom para mim, é bom para mim. Foi há pouco tempo que eu deslarguei o álcool...(*risos*) e a minha maior preocupação era o trabalho...era o trabalho...disseram-me (*a enfermeira*) “pois você ainda tem pouco tempo, por causa do álcool”...ficaram com um pé atrás porque é pouco tempo...que eu deslarguei...e eu também já pensei p’a mim próprio, porque acho que foi muito pouco tempo. Muito pouco tempo.

Porque se fosse outras pessoas, o tempo que eu deslarguei, o pouco tempo, isto é mesmo muito pouco...não conseguiam fazer a coisa que eu fiz. Eu posso mesmo dizer, posso mesmo dizer que eu era mesmo alcoólico! Que eu chegava ao ponto, a beber um

café, metade do café ia para todo parar ao chão. Eu tremo, eu tremo mas já não é tanto. Eu tremia...por causa do álcool...eu consegui...pela minha cabeça...deslargar aquilo que nem as minhas pessoas pensaram que fosse tão rápido. Eu não posso dizer que foi fácil...

As pessoas dantes viam-me de uma maneira e agora veem-me doutra e dizem “é pá, tu, sinceramente, tiveste força mesmo, força de vontade mesmo, de deslargares o álcool”. Já muitas vezes já me veem de outra maneira, já não me veem da mesma maneira...As pessoas já me veem com outras caras...porque uma pessoa bêbeda só...só fazia era figuras...Tavam-me sempre a dar...agora é a minha vez...a minha vez de, de os mandar a baixo, a eles “Tas a ver? Quando eu bebia? Távas-me sempre a criticar, agora não, agora é a minha vez”. Tou sempre a os avisar. Que eu sou daquele, sou um rapaz novo e...não, eu não consigo ver os outros, os outros estão bem e eu tou em baixo...não consigo, não consigo ‘carar, olhar mesmo p’ra mim a dizer “é pá não pode ser...temos que lutar...” Eu chamo-lhes à parte...eu digo “Éh pá, vocês deslarguem a bebida...façam como eu...querem ajuda? Pá...as pessoas ajudam...vão ao CAT, as pessoas ajudam...eu ‘tou aqui, se já me safei do álcool, ‘tou aqui, ‘tou bem”. Eu agora digo, sou diferente das outras pessoas...

Posso mesmo agradecer às doutoras d’eu tar assim...muito bem tou eu...por acaso tá-me a correr bem, já consegui arranjar uma casinha p’ra mim... consegui arranjar uma casinha...que eu ainda não tou lá, vou só, vou só partir de dia doze...hoje tive lá a pintar lá um terraço...(sorriso)... Eu graças a Deus vou começar a trabalhar amanhã. Agora vou a casa, dar a notícia à minha mãe, que ela também vai ficar muito contente... agora também, a minha família..tem-me tado a ajudar, prontos...Eu, eu p’ra mim é a melhor coisa...não sou mais que os outros, sou igual às outras pessoas!! Não sou mais nem sou menos.

Eu a partir daí tou aqui, sem beber uma pinga de álcool...e não, não que há aquela sensação, porque a minha mãe, de vez em quando diz-me “Então filho, não tens bebido?” Eu disse “Não...”, não tenho bebido porque... se eu for tar bêbedo vou-me prejudicar...e não quero, não me quero prejudicar. Eu cheguei a tar com os meus amigos e eles querem-me pagar...atão o que é que bebes?”. “Bebo um sumo, ou...uma garrafa de água”. Eles tão...chegam lá com uma cerveja...fico assim a olhar...para ele e p’a garrafa...alevanto-me, vou buscar a minha garrafinha de água...ele senta-se aqui à minha frente e meto a garrafa ao lado. Tar a olhar para a cerveja ou não tar, pra mim não tá ali nada...As pessoas já me tentaram experimentar, já, pa ver se eu, se eu tinha mesmo força de vontade. Mas não têm sorte nenhuma... Só próprio cheiro, só o próprio cheiro do bagaço, já me incomoda. Já me incomoda mesmo. Já não...fico mal disposto só com o cheiro. Não. Isso já vem, já vem da minha cabeça. Se eu quisesse beber atão não tinha bebido? Que as pessoas, se eu quisesse beber, bebia todos os dias, porque vejo as pessoas metem-se todas ao meu lado, a beber. Ou vou comer com uns colegas meus, ou convidam-me para irem comer, metem-se lá a beber o vinho. Tou aqui eu, eles

tão aqui à minha frente...se eu quisesse beber...E agora digo-lhe uma coisa, não me puxa, não me puxa. Porque quando eu comecei a beber, puxava-me...ficava a pensar “éh pá, eu agora apetecia-me agora beber um copo de vinho”. Eu acho, eu acho que já não porque...porque se tiver que me acontecer alguma coisa, já me tinha acontecido...se eu tivesse que me agarrar ao álcool, se calhar já me tinha acontecido. Deus queira que não, Deus queira que não, eu não sei o dia de amanhã. Isto é assim. Eu não gosto de cuspir para o ar, que me pode cair em cima.

Foi o que eu disse à doutora (*enfermeira*)...como foi há pouco tempo que eu deslaguei a bebida, posso vir ter...assim pode vir uma coisa de repente e ter havido, haver uma recaída...eu não quero. Eu tento, eu tento que isto não aconteça...Deus queira que não, Deus queira que não...eu não digo que não venha a ter uma recaída ainda, porque eu disse à (*enfermeira*) ...que isto é, porque posso vir a ter uma recaída, porque...foi muito pouco tempo o que eu consegui deslargar o álcool. Às vezes começo a pensar...porque eu não sei o dia de amanhã. Que eu agora vou tar a querer fazer bem, e depois amanhã já tar em baixo outra vez. Que eu vou ver se não chego a esse ponto. Se eu me sinto tão bem assim...não tenho necessidade daquilo. Não tenho necessidade porque...já à primeira se eu me agarrasse aquilo o mal era meu. Antes de durar mais vinte ou trinta ou quarenta anos, durava só dez anos. Eu não quero chegar ao ponto onde o meu pai chegou. O mal era meu. Eu tenho é que olhar pela minha saúde, não é? Se uma pessoa se não vai olhar pela minha saúde quem é que vai olhar? Se não for eu a olhar por mim, se (*não*) for eu a olhar p’ra mim ninguém olha, e eu deixo-me tar como tou, sinto-me bem, tou mais gordo.

Que eu cheguei a pensar “como eu já tou assim, já...já não vou a lado nenhum”, mas ainda vou. Ainda fui a tempo. O álcool não me leva a lado nenhum...é o que eu penso e não posso pensar de outra maneira, porque isto é assim, se eu for tar a pensar de outra maneira não, não vou a lado nenhum...eu agora quero, quero é fazer uma outra vida, uma vida diferente...ter um trabalho, ter uma casinha própria...ter uma vida, uma vida com’as outras pessoas têm. Eu sou um rapaz novo ainda, eu tenho muita vida pela frente ainda e o que eu quero é isso...que eu tenho muita vida pela frente ainda, para dar cabo. Eu quero é fazer vidas novas, agora...quero me alevantar...agora quero é trabalho...trabalho, trabalho, trabalho, para a minha vida toda, que é o que eu quero...que isto continue...se, se continuar assim, as coisas estão a correr bem...graças a Deus.

Tenho a pouco a pouco (*que ir*) comprando as coisas, lá para casa, a casa tá vazia...tenho pessoas amigas que me vão arranjar algumas coisas mas não é...não é o suficiente. Uma pessoa ter que ter as coisinhas, pelo menos o essencial, não é? O fogão, frigorífico, cama, prontos...o suciente, o suficiente! Se eu tivesse junto, como eu fiz agora, aí há tempos...dá uma segurança, tá juntinho, tá lá no banco, não se mexe. Porque eu um dia pode haver alguma falha...já tenho onde ir buscá-lo...

Pá agora eu tamém quero chegar, eu quero ir buscar o que eu perdi...não é? Quero ir buscar o que eu perdi. Quero fazer o que eu era. Perdi e agora quero ir lá buscar o que eu perdi. Agora quero, faz de conta, faz de conta que eu nasci de novo, outra vez...

Gostava de ter a minha filha...a meu favor...não há pai nenhum que não goste. Agora não digo...se um dia, se houver alguma hipótese, se um dia se houver alguma hipótese, eu gostava de ter a minha filha...se eu tivesse a minha filha a meu favor era o homem mais feliz do mundo.

Uma pessoa...quem precisa, tem que lutar...tem que lutar. Não porque isto é assim, isto aqui conta muito (*aponta para a cabeça*)...o que quero é...fazer uma vida nova, quero construir família...mas ainda vou a tempo. Ainda vou a tempo de construir uma família, a mim, não é? A última coisa, (*sorriso*) a vida é a última coisa a morrer, não é? Como se diz, não é?

Narrativa do Carlos (2)

A primeira vez que cá vim...foi pela assistência social do (*nome do outro local*), pronto, vim cá para tratar de...do problema da toxicodependência. E então mandaram-me aqui. Foi aí que eu conheci o enfermeiro...não táva muito à vontade. Pronto, estivemos aqui a falar, a primeira vez, depois veio a segunda...depois vinha aí à consulta para falar com a médica...e até que depois houve um problema por causa de receber da assistência social...que eu vinha cá basicamente todos os dias p'a tomar...no tempo da metadona, eu pagava do meu bolso e depois era para ser reembolsado...mas eu aguentei pr'ai três meses sem receber nada, até que pronto, falei com o enfermeiro e ele disse "vamos ver isto aqui, com a assistência social daqui"...depois recebi, tudo junto, recebi sim senhora. Pronto e a partir daí comecei a falar de tudo e mais alguma coisa com o enfermeiro...até hoje. Começámos-se a dar bem...eu era mais fácil falar com o enfermeiro do que falar com a médica, portanto é homem e tinha certas coisas que eu não consegui falar com uma mulher, com a doutora...da parte sexual...porque...eu ter potência, tinha, mas por vezes, queria e não conseguia! E isso pronto, começou a...dar aqui a volta à cabeça, não é?

É bom falar com ele, não é por ser o enfermeiro, tá a perceber, o enfermeiro, até podia ser você, como podia ser outra pessoa qualquer. Como eu cheguei aqui, se eu quisesse...não, não lhe dizia nada do que se passava e ele ficava a olhar para mim e pá, falávamos um ao outro, mas não, prefiro chegar aqui e falar. Porque ele...compreende muito a gente por causa da doença. Isto é uma doença...por exemplo, tenho aqui um caroço e ao falar disso o caroço...salta. Ou para cima ou para baixo, não interessa, mas desaparece. Fico aliviado...é mais fácil falar com ele.

Ele nunca diz "olha, tens que fazer isto, tens que fazer aquilo"...Naaaão. É sempre, "podes fazer isto se quiseres, tu fazes isso se quiseres..." Ele pergunta sempre. Da maneira que ele fala comigo é "há isto e isto e isto para fazer, vê lá se fica bem para ti, se queres assim, ou se preferes diferente..."..."olha vê lá se queres ir para aqui...se quiseres vais, se não quiseres não vais". Tudo bem. Eu aceito..."é o que aconselha, é o importante".

Agora tenho que marcar para ele. Mas deve ser daqui a quinze dias, se calhar, ou vinte...tenho-me sempre dado bem, quando preciso falo com ele. Ele até já me disse "Quando te sentires mal ou alguma coisa, telefona para mim...", pronto para aqui, se ele tiver aqui, "...para falar no telefone, seja o que for...". Eh pá...felizmente não precisei...só telefonei quando os comprimidos estão a acabar.

Não sei se é por ser uma pessoa estranha, mas...sinto-me bem a falar com ele...falo...de tudo...começo do princípio e acabo no fim, digo tudo. Sinto-me melhor e ele fica a saber mais um bocado sobre mim...enquanto eu cá andar eu conto tudo e mais alguma coisa ao enfermeiro. Sinto-me que tou...tem confiança em mim. Não vou dizer que é como um irmão, mas...falta pouco.

Foi (*na tropa*) que eu comecei...nas drogas pesadas. Foi um primeiro-sargento que, como se costuma dizer, me batizou. Só dei por mim, precisava daquilo já...Ao fim de eu lá tar como contratado, fui ao copo. Fazer análises. E pronto, tive azar. Fui apanhado, fui expulso, por causa disso. Entretanto saí e depois ainda precisava de...de consumir. Fui chamado para uns trabalhos de construção civil...e havia dinheiro, havia drogas, havia tudo, portanto, tá tudo bem. Tinha os meus engates. Depois comecei a andar com uma rapariga que infelizmente também consumia e...tive mais três anos, quase quatro e assim vou até chegar a uma altura que eu comecei a deixar de trabalhar, ela também, começou a haver falta de dinheiro e...chegamos mesmo...ao fundo do poço. Até que ela...não digo que ela seja puta, pronto, começou a prostituir-se para arranjar dinheiro. Eu não trabalhava, ela também não...e pronto, era assim. Quanto decidi tentar fugir da droga e tentar fugir d'opé dela...fui p'a Alemanha. Tinha comprado quatro ou cinco gramas, e...fui p'a Alemanha e pronto, comecei a trabalhar...infelizmente...fui parar a um sítio onde trabalhei...havia droga. Até que conheci uma rapariga alemã...e juntei-me com ela. Ela já sabia que eu consumia...conseguiu convencer-me a ir a um centro de desintoxicação. Fui e pronto...saí limpo, saí limpo. Houve um ano em que eu vim a Portugal de férias e voltei a consumir. E assim passou, passou, num mês só já estava de rastos e ela voltou para a Alemanha. Deixei lá tudo, aparelhagens e roupas, deixei lá tudo. Fiquei cá com a roupa que dormia no corpo. E a partir daí...comecei a pronto, fiquei agarrado outra vez, dependente da droga.

Eu desde que fui toxicodependente, fui...a minha família já...eu sou o neto mais velho, já sou...posto à parte. Eles quando tinha os meus dezasseis ou dezassete anos, como era antes, era tratado de uma maneira diferente...agora, pronto, com a minha avó e os meus primos mais novos, já não é. Tratam-me bem "Olá, e coiso, atão", mas sinto...diferente, que eles já não falam tanto como...antigamente. O meu primo, o dono dessa firma, a minha avó até fala com ele como se ele fosse o maior deles todos...se estivermos os dois assim, ele é, ele sobe, sobe, sobe, sobe e eu fico no mesmo sítio, em relação à família.

Já contei (*ao enfermeiro*)....ele sabe, praticamente sabe tudo. Quando não falo dos primos, falo da questão da minha mãe, do meu irmão, do meu pai... Infelizmente, olhe...correu-me sempre mal, pronto, é assim. Já podia tar mesmo casado, já podia ter filhos, ter um carrinho, ter a minha casa...e pronto, infelizmente...a culpa, eu não vou culpar ninguém, a culpa é minha, não é? Não tenho é tido juízo, que é mesmo assim. Agora quero ver se é desta vez...pelo menos...

Que eu já andei a tomar a medicação para o álcool, mas não resultou, até que agora para o fim...ele arranhou isto, um centro de alcoólicos em Lisboa, no Júlio de Matos. A primeira vez que fui lá, fui à consulta, tinha estado já com o enfermeiro...cheguei lá disseram que tinha que esperar dois meses e meio, quase três meses para ser internado. Prontos e eu nesse dia vim, vim cá, depois falar com o enfermeiro assim no dia a seguir, já não em lembro bem...e sei agora não sei se foi o enfermeiro que telefonou para lá, ou

se foi a médica, isso não sei, mas foi com o enfermeiro que eu falei. Eu não sabia de nada, não é? E sei que na semana a seguir me telefonaram para ser internado no dia nove. Foi logo, e não demorou tanto tempo.

E pronto, tenho gostado da ajuda, tanto dele (*do enfermeiro*), como aqui do CAT. Porque se não for o CAT ele também não poderia ajudar da maneira que eu ando, pronto tá tudo...tudo interessado.

Ele fala com a médica e com a assistente social. Ele ajudou-me a falar com a assistente social lá no (*nome do outro local*), pronto, depois passei para a assistente social daqui...ele disse-me que...falou com a assistente social. Por exemplo, eu amanhã quero uma consulta com a médica, não é? Isto é um exemplo. E isto “ah, não pode ser amanhã, só daqui a um mês”, portanto, nada disso. Falo com o enfermeiro, pronto, é mais rápido, marcar assim. A médica é bastante ocupada. Tem-me ajudado em tudo o que é possível, tudo o que eu peço...às vezes peço-lhe para não vir de tão longe, tenho insónias, para me ajudar a dormir, ela fala com a doutora e ela receita hoje e depois para a semana eu levo. Venho cá buscar ou então vai pelo correio. É um favor que ele faz, às vezes mandar pelo correio...é um favor que ele tá a fazer...ele ao mandar, fogo, ta-me a ajudar. Já eu não gasto, pronto, dinheiro no transporte. Não tenho nada com ele, tenho tudo a favor.

Tenho hepatite C mas já não tomo medicação já há bastante tempo também. ..agora marcaram a consulta...mandaram-me ao hospital para fazerem análises...o enfermeiro falou “olha, se quiseres, a gente vai tentar. Faço aqui uns papeis e...vais marcar uma consulta para se começar então a tratar...” ou com injeções ou com o que é que eles têm, ou com comprimidos. “Se for com injeções, tens que ir de quinze em quinze dias ao hospital levar as injeções...”. Vou, vou amanhã ou com certeza ou vou na segunda-feira. Desde que comecei a falar com o enfermeiro, portanto eu pedi-lhe ajuda...sempre que me aparece qualquer coisa, se puderem fazer não é? Ajudam-me tudo... Não tenho nada a dizer contra o enfermeiro, nada, só tenho é a dizer bem. Tanto dele como do CAT.

Agora em questão aqui ao enfermeiro...sinto-me bem a falar com ele, consigo desabafar tudo e mais alguma coisa...é por exemplo, é como se fosse eu tar a falar comigo num espelho. Eu olhar para o espelho e ver-me... cara a cara... pronto é um bocado, não quer dizer que teja a falar, não é? Mas se for um pensamento, ajuda-me a pensar as coisas. Posso por em cima do lavatório e...”Filha da mãe..., porque é que tu fazes isto? Podias ser isto, podias ter aquilo, podias ter um carro, podias ter filhos, podias...” Essas verdades que a gente fala. Conseguir desabafar comigo mesmo. Tá ali o espelho, tou a olhar para o espelho e...se há alguma coisa para sair, falo e não tenho problemas nenhuns, não tenho vergonha em falar. Em tar a falar como um espelho, com o enfermeiro...por causa da maneira que a gente quer...falar, pronto, desabafar. Sinto-me superbem, com o enfermeiro.

Deixei, de consumir drogas. E já, pronto, já injetava, infelizmente...(agora) nem sequer haxixe fumo...saio, vejo um amigo, vejo outro, tou com os amigos que eu tive do tempo de droga, que eu hoje vou falar com eles à mesma. Ainda há alguns metidos nisso, tanto

de droga como no álcool, mas eu continuo a falar com eles... não meto à parte, sejam a cheirar mal, não sejam...é igual. Não sou diferente deles, sou igual, sou doente. Embora na parte da doença eles bebem e eu não bebo. Ou não me drogo. Sinto-me mais do que eles. Mas não é... sentir por sentir, ser diferente. Não, eu passei lá igual a eles. Somos de carne e osso, o sangue é igual, pronto. Agora eles ainda não querem ir à luta... o que vai na cabeça deles não sei...se eu não tivesse (*sido*) ajudado, então tinha os problemas deles. Felizmente já comecei a lutar por mim.

Já uma vez recaí...não é? Ao princípio, eu tomava sempre medicamentos e bebia na mesma. Às vezes não tomava a medicação e os comprimidos e bebia. Outras vezes bebia e em vez de tomar dois comprimidos, tomava três ou quatro. E ele sempre soube isso. Chegava cá, quando falava com ele e dizia...pronto, desabafava com ele. E agora recaí também na terça-feira, recaí...a última vez que eu bebi foi na terça-feira (*hoje é quinta-feira*). Pronto, de terça até agora nem sequer pensei em álcool, nada. Só falo em álcool porque tou a falar consigo ou a falar com o enfermeiro...e ele tá a fazer tudo por tudo a ver se eu, pronto, consigo avançar para a frente, a ver se não, se não caio outra vez...no poço. Eu posso ter mais uma recaída... e beber. Mas...a minha intenção é...ver se consigo olhar p'a frente e...e não beber mais nem, nem pensar mais nisso. Porque tanto embora a gente não beba mas...o ratinho tá sempre cá na cabecinha. Não sei o dia de amanhã... agora...a cabeça...tá no bom caminho, mas eu não sei o dia de amanhã. É o que eu costumo dizer, é vinte e quatro sobre vinte e quatro. Um gajo tem uma ideia mas essa ideia, prontos, pode chegar amanhã e...dá-se um problema. Embora seja sempre a pensar no bom caminho, mas...

Se estiver ocupado com alguma coisa, já se torna mais difícil (*consumir*), já nem eu penso tanto...nesses problemas. Tou só a pensar naquilo que tenho que tou ali para ser pago...saio do trabalho, posso ir para casa, jantar, tomar banho e até posso vir a pensar assim “é pá se calhar é melhor ir beber um cafezinho e uma macieira” mas já é diferente, já tou em casa, já não saio. Já é diferente. Se estiver ocupado já não há...já não corro aquele risco...

Às vezes...cai um bocado mas não é por a gente querer...quer dizer, cair para trás não quer dizer que seja ter uma recaída ou uma coisa qualquer, não é nada disso. É...um exemplo, pode ser que consiga arranjar trabalho, tou sempre a subir, mas de repente há um azar qualquer...pode ser comigo, pode ser com a namorada, pode ser com a minha mãe ou...um problema qualquer...e a gente, pronto, descai aquele bocadinho, descai esse bocadinho mas quando começa a subir outra vez se calhar não é degrau a degrau, é...dois a dois, ou três a três. Mas pronto, é o que a vida quer, é assim. É assim que eu penso a vida. É o que eu tou a tentar fazer, ver se consigo, degrau a degrau...sei que isto é para o resto da vida.

Narrativa do Marco (3)

Já cá tinha estado, só que tive uma recaída...e agora quando vim fazer este já foi com esta terapeuta (*a enfermeira*) que tou agora...Tenho sido sempre acompanhado com ela...e...tem-me dado bem, tenho tido sucesso, pronto...tenho...sinto-me bem. Porque eu sei que ela não me quer mal, e como já a conheço há bastante tempo, não é?

A gente quando vem começar o tratamento tem que assinar um papel. E lê, antes de assinar lê, e aquilo tá lá a dizer que não se pode beber álcool, nem tomar comprimidos sem autorização, que sejam medicados aqui pelo CAT...prontos, coisas assim...e nem consumir heroína nem cocaína, porque pode dar...uma overdose...a metadona também é um opiáceo. E ela é que me acompanha na metadona, ela é que sabe se eu, se eu tenho que reduzir, se eu não tenho...ela é que...se eu acusar nos testes, ela é que sabe o que é que me pode fazer, prontos, ela é que sabe de tudo.

Ela dá força à gente...ela também é como uma psicóloga. Ela faz tamém, conversa connosco...dá força para a gente ver a vida de outra maneira... dá-me força para eu não desanimar, para ter força para lutar, para vencer...para ultrapassar estes obstáculos...estou satisfeito com ela, que ela tem-me ajudado bastante...que eu tenho tido problemas e ela tem até me ajudado a ultrapassar isso...

Uma pessoa amiga. É mais do que uma enfermeira ou médica, com quem eu não sou nada, é mais uma pessoa amiga. Pronto, não a trato por tu, não é, isso não. Isso há respeito. Pessoalmente não pode ajudar, assim, coiso, mas psicologicamente pode-me ajudar. Abro-me facilmente com ela. Abro-me mais com ela do que com outra pessoa qualquer. Porque sei que o que tou aqui a falar com ela que é confidencial tamém...que é sigilo profissional, não é? E ela ajuda-me a ultrapassar esses, essas fases e eu tenho, só tenho é que agradecer a ela. Tem-me ajudado bastante.

Ela, é assim, eu venho a uma consulta, marco com ela para a próxima. Fica logo marcada. (*Venho cá*) mensal, quinze em quinze dias, depende. Se eu posso vir naquele dia...se não, venho noutro. Prontos. Combina-se logo. Dá-me logo um papelinho, a hora e a data. Quando ela tá ali (*na administração de metadona*) às vezes se eu tiver alguma coisa pa falar com ela, algum motivo para resolver, resolve logo com ela. (Se) eu não tenho hora marcada...eu venho cá, ou espero e consigo falar com ela. Eu hoje fui atendido mais cedo. Vim mais cedo e fui atendido mais cedo.

Falo da minha vida, eu conto-lhe...conto-lhe. É por isso é que ela me ajuda. Eu conto-lhe as dificuldades que tenho...sobre...e da minha família e isso tudo...conto-lhe, porque tenho confiança, tenho toda a confiança nela. Já a conheço há bastante tempo e sei que posso desabafar com ela...porque ela compreende-me e ajuda-me psicologicamente, não é? Ela sabe, está dentro de tudo...é o que aconteceu. Ela aceita bem. Ela aceita...e eu tou satisfeito.

Tinha um problema aqui na perna...má circulação derivado a...pronto a injetar-me nas pernas, nos pés. Foi por causa de injetar na perna, na virilha, apanhou-me uma veia, a chamada veia do fogo ou o que é, e começou-me, inflamou o pé todo. Queria calçar e já

não conseguia. E eu tava com medo, porque há pessoas que já cortaram a perna pelo joelho, por causa disso... Queixei-me à minha terapeuta e ela...deu conhecimento à doutora e depois perguntou quando é que ela podia ver o pé e isso tudo...e marcou logo a consulta comigo, disse-me para eu vir cá um dia, para a doutora tar um bocado comigo. Tá a ficar bom. Tava muito, poxa, tava muito pior.

O teste do HIV faço aqui também. Fiz com a minha terapeuta (*a enfermeira*). É rápido. Já fiz duas vezes, não tenho nada...(as outras) análises num laboratório, a terapeuta é que fala com a doutora...que ela passa as credenciais p'a gente ir fazer.

Eu tinha hepatite C e já andava com vontade de fazer o tratamento, mas tinha receio, porque dizem que aquilo, que a gente fica muita fracos e não sei quê... Eu pedi opinião a ela. Eu perguntei a ela e ela aconselhou-me “vai, vai, fazes bem...”. Ela é que me encaminhou pa começar a fazer o tratamento. Fui através da minha terapeuta ao hospital, ela é que marcou-me consulta e isso tudo tudo p'ó médico dos infetocontagioso. Fui para lá...mas depois descobriram que eu já não tinha. Estranho, mas é verdade. Ele contou-me que o meu corpo é que expulsou o vírus. E eu já não tenho. Felicidade para mim, não é?

Tive a falar com as duas (*a enfermeira e a assistente social*) sobre o trabalho. Elas falam, uma com a outra. Elas têm reuniões...elas falam, sobre nós. A terapeuta não tem muito que...para ajudar a gente a arranjar trabalho não é muito a parte dela...é mais da assistente. Para esses programas é do lado da assistente social...elas daqui, comunicam umas com as outras (*com as assistentes sociais do Centro de Emprego*). Não resolveu o problema, mas marcou a consulta com a outra e a outra vai-me atender, mas primeiro vai ver o que é que se passou para não me terem metido nisso, no programa (*ocupacional*).

Se fosse eu, a tar a telefonar p'a outra assistente que me arranjou esse tal trabalho...ah...não tinha dinheiro para andar a pagar na cabine telefónica, e assim, e...isto as linhas eles não devem gastar quase nada, não é?

Isto ao princípio a gente arranja facilmente dinheiro...mas depois vai ser preciso mais, só aquela quantidade não chega e o dinheiro também tem que ser mais. E eu não tenho assim muito coiso para roubar nem nada disso...vendia comprimidos, arrumava carros, adquiria dinheiro assim, mas como as doses eram tão altas, já tinha que ser muito dinheiro e este dinheiro já não dava...e eu já tava farto dessa vida...e pensei assim “ouve lá, já chega”...derivado à minha idade, “já chega...vou pedir ajuda a eles”. Tou-me a querer é mesmo livrar, porque eu comecei muito novo...por isso é que o meu corpo custou mais a desmagnar do do...do corpo. (*Depois*) não consumia, e caí do segundo andar...e fraturei uma vértebra. As dores não passavam, da coluna, com os medicamentos...o que é que eu experimentei fazer...consumir heroína. Passava-me a dor (*sorriso triste*). É o suficiente...abriu a porta e agora para a fechar...aí é que é...basta uma semana para se ficar agarrado E comecei por aí e fui cair outra vez. Foi aí que eu me viciiei outra vez.

Tenho por experiência própria...quando a gente tá-se a drogar, quando a gente se droga, a nossa mentalidade só anda ali, no meio do mundo da droga, esquece-se o resto da família...desde que se tenha um pratinho de sopa para comer ou uma coisa qualquer e ter onde dormir e isso... pronto o que interessa é a droga. E uma pessoa tem filhos e isso e não dá importância...

Agora...mas eu, eu tenho tido sucesso aqui. Apesar de ter caído já, de ter tido uma recaída, não é? Mas tou a levar isto a sério...vamos começando, até estabilizarmos a vida como fomos antes de começar no mundo da droga, não é? Tivemos a infelicidade de cair lá! Mas...tudo se resolve, tudo se pode melhorar, não é?

A (fase) física, sai em pouco tempo, agora a psicológica não...não é nem num ano nem é dois, que a gente diz assim “olha tou livre”, não, podemos ter recaídas. Eu tou na fase psicológica...ainda tou na física, até largar a metadona tou na física, não é? É que isto é um substituto ainda da heroína. Por isso é que a gente vai, tá a toma, mas depois vai...eu já tou na fase de reduzir. Já tou, tou a largar. Depois quando chegar, chegar ao zero, pronto, largo. Mas venho às consultas à mesma! Para saberem se eu tou bem. Mas ah...a psicológica, isto ainda vai cá durar uns aninhos, não é? Se uma pessoa passar cinco anos, cinco, seis anos sem, sem consumir, acho que já não vai consumir mais. Acho que esquece isso. Mas há quebras, há quebras. Há muitos obstáculos para a gente ultrapassar...e às vezes há uns que a gente...nem consegue ultrapassá-los. É quando a vida parece que corre mal. Há contratempos, mas a gente tem que saber ultrapassá-los. Eu tenho medo é de cair novamente na heroína, isso é que eu tenho medo...

No meu caso eu...agora já tenho a minha maneira própria de ver as coisas, eu acho que vejo com mais maturidade, quer dizer, já tenho uma certa idade, não é aí como esses miúdos que têm vinte e tal anos, já tenho o dobro da idade deles. Eu já vejo a vida de outra maneira, tenho filhos, tenho uma neta, prontos, para eu ver mais a minha família e deixar este mundo da droga...à parte...e ver mais o ambiente familiar tenho netos, tenho uma vida já diferente. Para a minha mentalidade já tá mais resolvido. Eu penso assim desta maneira e eu, prontos optei por largar esse mundo da droga e...e ver mais realmente a minha família e...dedicar-me mais à minha família...que começam a ver com outra maneira...veem-nos como se a gente tivesse mesmo vontade de sair...desta vida. E tão a ver que a gente tá a lutar para isso. Praticamente é...toda a minha dedicação é para a minha casa. P'ó meu lar... Vivo só com a minha mãe. Só eu que podia ganhar dinheiro para a gente comer, não é? E eu não posso andar metido no mundo da droga, se não, não ganho, não é? Não vou deixar a minha mãe a passar fome. A minha geração praticamente já quase toda, não é quase toda, mas mais de metade já, já faleceu. Da minha geração...pelo menos aqui da minha zona...quem consumia, mais de metade já...já faleceu. Felizmente não tenho doença nenhuma infetocontagioso e prontos...tou a começar a...a inserir-me na sociedade. Tenho o sexto ano antigo, tenho quarenta e tal anos. Ainda vou a tempo. Agora...vou ver as oportunidades que me vão dando, mas vou ter que saber aproveitá-las. Derivado à idade que tenho, tenho que ser eu próprio, eu é

que tenho que dizer “já chega, já chega”....para começarmos a construir a vida, porque a gente está no zero, cá em baixo, tamos a recomeçar de novo. Tenho que mudar a vida que é para...ter responsabilidades e ser eu a gerir a minha família. Coisa que nunca tinha feito antes, quando ando metido na droga. Eu queria pelo menos arranjar um trabalhinho dentro da minha área mas com descontos... por causa da minha reforma. Agora uma pessoa tá mais lúcido, do que é a vida. Eu sou...sou livre, pronto...tenho que ser eu mesmo a fazer por mim...tou (*muito motivado*). Tou satisfeito, como tá a correr...é a cura, não é? E quem é que tem mais cabecinha, e pá próxima não se lá vai meter, não é? (*risos*). Eu acho que sim.

Narrativa do Diniz (4)

Consumia heroína...e...de vez em quando, muito raramente de vez em quando, era cocaína. Muito raro, mesmo. Eu normalmente, dava a heroína, mas era junto com um comprimido. Que é o Dormicum...juntava. E dava com seringa... comecei a consumir todos os dias...Eu sempre vivi com o meu pai desde que nasci. Entretanto, o meu pai pôs-me uma ordem em casa...até houve um dia que ele me apanhou...no meu quarto a consumir...pôs-me na rua, para me castigar. Tive pr'ai três dias na rua, depois comecei a ver, que não era vida para mim, que já tava a ter uma certa idade, via amigos meus já com filhos e casa própria, casa deles e tudo, tavam a fazer a vidinha deles, tavam bem...eles começaram a falar comigo "eh pá vê lá se tens calma, eh pá vai lá abaixo, fala com eles, não sei quê..."...eu já tou cá desde 2001.Tenho vinte e nove anos. Tive com a doutora...tive com outra doutora que eu agora não me recordo bem o nome...que é uma terapeuta...e depois trocaram-me com o enfermeiro.

Tive uma complicação...que eu fui trabalhar para Espanha, tinha largado a metadona assim de um momento para o outro...quando eu voltei, tive uma recaída...recaí, comecei a consumir novamente e depois, passado um mês e tal...eu pensei que tava a fazer mal...foi quando voltei cá e pedi ajuda novamente, como eu já tinha processo cá e tudo, elas então ajudaram-me. Fui sempre de baixo novamente, não é?. Eu tou com o enfermeiro, pelo que eu me lembro...pelo menos três, quatro anos já tou com o enfermeiro. É só com ele. Pedi-lhe ajuda e ele, de vez em quando vem cá às consultas, para falar comigo, apoia-me...todos os assuntos que eu tenho é só com ele. Deram-me uma ajuda, fizeram-me os testes, tudo, que até hoje nunca mais...toquei em nada...

Entretanto fui ter com a minha ex-mulher, pa tentar me reconciliar tamém com ela, falei com ela, ela aceitou tar junta comigo e viemos os dois cá...e eu meti-me cá a mim, falei com o enfermeiro se podiam dar uma ajudinha a ela tamém, que era minha mulher...e consegui-a meter cá, até hoje, que ainda cá tá. Anda a tomar metadona e droga ainda vai se estragar ainda mais...larguei-a há coisa de dois anos. Agora vivo permanentemente com a sobrinha dela...com quem tenho este filho. Nunca mais liguei a ela. Tá a morar ao pé de mim...às vezes, vai lá, pede ajuda e coiso, mas eu não lhe entrego nem nada, pa ver se ela se cura, até já falei com ela...que era melhor ela parar com a droga.

Eu dantes era muito desnaturado, e tamém às vezes variava, de vez em quando, tinha um consumo ou outro...eu enervava-me, saia, tomava um pacotito só, que é cinco euros, só um pacotito pequenino e depois não me lembrava...que tinha que ir buscar a metadona e quando vinha...acusava. Eu tinha uns processos em tribunal.... E eu às vezes precisava de qualquer coisa, uma declaração daqui, ou da assistente social...e ele (*o enfermeiro*) tratava-me disso tudo, falava com as doutoras...depois tinham reuniões comigo, pronto, consultas...viam como é que tavam os meus testes. O enfermeiro começou-me a aconselhar, que era melhor eu parar, porque eu por duas vezes fiquei sem levar metadona, e ele aconselhou-me, tentou me ajudar, de eu parar com isso, porque se não ia parar de vez de levar metadona para casa e que isto não era vida para

mim...que a minha mulher tava grávida, já na altura já tava grávida, que é para eu ter juízo...até que eu comecei a pensar...na vida, e disse para ele “Você tem razão...”. Começaram a ver que tava tudo bem, comecei a entregar os papéis em tribunal, viram que tava tudo, telefonavam para cá, pediam para verificar tudo, tava tudo em computador, tava tudo bem...Eles compreenderam-me e até hoje, até os testes que faço está tudo bem, sou vigiado...tudo bem...até hoje, e não torno a querer nada com isso. Consegui ter casa, coisa que nunca tive. Já tive muita mulher mas sempre vivi na casa delas, agora na minha nunca tinha tido Eu já há um ano e tal que tenho casa. Arranjei trabalho, até há um ano atrás. Acabou-se o trabalho e agora tou a receber o rendimento mínimo. Agora levo a metadona para casa, tenho a minha casa, tenho a minha mulher e tenho o meu filho. E até hoje tenho tado bem assim.

Fui preso em abril, tava no (*nome do estabelecimento prisional*) e ao fim do mês vim para casa com pulseira eletrónica...e tou de pulseira eletrónica. Só saio quando o doutor (*o enfermeiro*) marca uma consulta, ou para vir buscar metadona...tenho que levar a justificação...daqui...pronto, que é o que se está a passar agora. Mas pronto é um bocado difícil tar preso, não é? É um bocado difícil. (*O enfermeiro*) dá-me apoio, porque eu às vezes, chego aqui, não é? Tou saturado, começo a dizer a ele, “Eh, senhor enfermeiro, porra tou saturado de tar em casa, tantos dias fechado, porra, isto e aquilo...” e ele começa-me a dizer “tens que ter calma, isto também já tá quase a chegar ao julgamento, o julgamento não é mais que um ano, eles vão ter que te chamar...depois a partir daí vais ver, como é que vai ser, como é que não vai ser e coiso...” Pronto. Tenta-me animar. Venho normalmente de duas em duas semanas...é conforme. Agora ele marcou-me já para a semana que vem. Eu sinto que é suficiente, porque eu também a ver se saio também um bocadinho...para não saturar tanto. Sei que chego cá, começo a falar com ele, ele pergunta-me “Atão como é que foi esta semana? Então o que é que se passou?” E eu digo, “Ah, passou-se isto e isto, e isto”. E tá sempre tudo bem... “E então onde é que já foste?”. “Fui ao fundo de desemprego, fui aqui e acolá...” Já ontem era para falar com ele que já fui ao posto da polícia há dias, que esqueceu-me de lhe dizer mas já vim dizer, que eu há dias chamaram-me para ir ao posto da polícia para prestar a minha declaração. E com ele falo essas coisas e diz assim “Olha...”, diz sempre para ter calma, para levar a vida do dia a dia, para não me precipitar, para não ir na conversa de amigos que eu já sei quem são. Custa muito quando só tar em casa fechado sem...no (*estabelecimento prisional*) é pior não é? ...Em casa é melhor, só que também satura um bocado, ele atão tenta-me dar apoio. O meu colega não teve apoio, começou a sair de casa, tá a ver? Voltou para lá. Por isso tem-me dado também muita força. Falo com ele e ele fala comigo pa ter calma, dá-me apoio, para...por acaso, tenho gostado.

Eu era muito diferente...há coisa de um ano ou dois anos atrás, dois anos pelo menos atrás, era diferente. Eu é assim, eu...se ver que tenho razão numa coisa, não é? Se me chateio com uma coisa que eu veja que eu tenho razão, que a outra pessoa tá-me a chatear, a dizer outra coisa, eu...desoriento-me logo...eu passo-me logo da cabeça e é

logo para a pancada e...nos últimos anos é que tenho tado...mais tranquilo, mais calmo...tenho tado mesmo melhor...tamém penso no meu filho, na minha mulher tamém não tem um braço...e eu penso nisso tudo e penso “ bom, vou voltar é para casa”, viro as costas. A minha mulher não tem um braço...e tenho um filho de um ano, e começo a pensar nisso tudo e...viro muito as costas. Eu mudei muito. Foi muita bom, ter o meu filho foi muita bom. É uma coisa que eu sempre quis. Quem trata do meu filho sou eu, praticamente. Agarro nele, lavo-o, porque ela só tem um braço. De manhã antes dele ir para o infantário eu é que o visto e tudo. Para onde eu vou ele vai sempre comigo. Faço tudo por ele, tudo. Falo com ele (*o enfermeiro*) sobre o meu filho, sobre quando este tiver dois, três aninhos, quando vir que a minha vida tá melhorzinha...pronto, tentar fazer uma menina, gostava de ter uma menina, pronto, um casalinho.

E tem corrido tudo bem, graças a Deus. Já me fez o teste da Sida. Tá tudo bem. De seis em seis meses faço exames a tudo. Marca-me as análises para fazer, de vez em quando, de seis em seis meses ou de quatro em quatro meses Tinha apanhado a hepatite, hepatite C, ou que é, ele diz que está estável, que tá fixe, que tá boa. Tou-me a sentir bem. Vou reduzir (*a dose de metadona*), para largar...a semana passada, não foi esta semana que passou, a outra, reduzi. Falei com ele, “senhor doutor (*enfermeiro*), veja lá se pode...reduzir mais...pelo menos dois e meio, ou cinco, para experimentar, para eu ver se...se tamém paro com isto, tou farto disto já”. Que eu já tou mesmo saturado tamém disto, quero ver se tamém largo isto que eu não quero voltar mais à vida que tinha, não. Combino com o enfermeiro. Eu tenho que pedir autorização ao enfermeiro. E ele, “Então pronto, vamos lá a a ver como é que tu tás, se tá tudo bem”. Para dizer se tá tudo bem, se não tá tudo bem, com os testes, com tudo, pergunta aos outros enfermeiros. E então ele disse “Bom, então vamos experimentar reduzir, pronto”. Reduzimos. Ele dá a ordem. E eu disse “Se eu vir que tá mau, eu volto a subir”. “Se sentires alguma coisa, tu avisas-me logo. Se sentires mal, telefonas, para aqui ou vens cá ou deixas recado que então aí a gente aumenta logo. Que é para não sentires mal”. “Tá bem”. Pronto, correu tudo bem.

Eu já disse a ele que esta semana agora não quero ainda reduzir, que eu ainda não tou em forma para reduzir, que eu tenho medo posso-me sentir mal...ele disse logo “Ainda bem que avisaste, que é para a gente saber o que se passa e o que não se passa”. E ele até me disse, até se for uma pessoa começar a reduzir muito e depois sinta falta, ou qualquer coisa, pode-se cair. “Não, nunca recaias, depois de ver que tas mal, telefona-me imediatamente para aqui para o CAT, falas com a doutora que tá cá, se vires algum problema, se não puderes cá vir, ou pedes autorização ou vem cá a tua mulher...pá, a gente resolve isso e aumenta como tava, para estabilizar”. Eu “Tá bem”. Disse a ele esta semana para não reduzir! Depois, mais para a frente logo a gente vê. Se tiver...bem, no meu sistema, não é? Se eu me sentir bem, e tudo. Não quer dizer que eu não venha às consultas. Que eu até gosto bastante que isto no CAT é uma ajuda que a gente tamém tem para tudo.

Houve uma vez que eu fui ao hospital com o meu filho que ele tem uma alergia, o menino, e ele tava lá de serviço. Eu entrei e vi-o, depois disse-lhe “Precisava de marcar uma consulta consigo, pronto de falar consigo, sobre lá o tribunal e coiso...” Ele disse “Ah, atão pronto, olha, eu amanhã ou depois de amanhã eu ligo-te, para marcar a consulta para dia tal...” Ele liga-me sempre. Quando não é ele é mesmo aqui as doutoras. Ele deixa recado e elas ligam “Olha, tens consulta com o enfermeiro para o dia tal”. “Sim senhora”. E venho cá. As vezes, quando ele tem qualquer coisa, quando ele vê que eu já tou sem consulta há muito tempo, já, por exemplo, posso tar um mês sem vir à consulta. Ele como eu já tou há muito tempo e ele quer saber alguma coisa de mim, como é que anda a minha vida, como é que tá, ele liga-me, ou para o meu telemóvel, ou...para casa, a perguntar “Como é que é? Olha lá, precisamos marcar alguma consultita? A saber como é que tu andas, como é que não andas. A gente já há muito tempo que não se vê, nunca mais marcaste consulta, nem nada. Pode ser?”. “Pode ser”. “Vai já ficar a consulta marcada, quando vieres buscar a metadona, tá aqui o papelinho”. Ele faz isso. Ele é que é o meu doutor aqui dentro, tudo o que eu tenho de problemas comigo...seja o que for, eu peço a ele para marcar a consulta com ele. Ou se for da parte de coisas assim com a segurança social, já marco com a assistente social. Mas às vezes marco com o enfermeiro. Depois falo com ele, explico-lhe a situação e ele deixa tudo escrito aí, ele escreve tudo o que eu falo, fica tudo aí escrito e depois deve comunicar, não é? Com a doutora, explicar o que se passa, o que não se passa, que ela depois marca-me o dia. É assim que se trata. O enfermeiro já me falou, que às vezes falam...quando às vezes tem que me mandar a algum lado, ele diz que tem que pedir autorização aqui ou acolá...tem que falar com a doutora assistente social para isto ou para aquilo. Quando é alguma coisa que não pertence a ele, ele “Isto não é comigo, mas deixa tar, que eu falo com a doutora e ela depois há de marcar uma consulta contigo”. Eles falam uns com os outros. Uma vez que eu tive aí consulta com a assistente social, era ele (*o enfermeiro*) e ela. Tão a quer-me ajudar. Fico contente. Tou a ver que tão, pronto ficam, interessados em ajudar uma pessoa, não é? Quando eu já há muito tempo que não marco consultas nem nada, e eles tão naquela “Será que ele tá bem, será que não tá?”. E o que eu penso. E devem querer ver com o é que eu tou, claro. Fico contente com isso. Tou preso, eu não posso trabalhar, não é? E já fui ao fundo de desemprego, a semana passada, arranjaram-me um trabalho, fui lá dar uma entrevista, mandaram-me esperar, agora, deixa ver...tamos a tratar com a segurança social. Que eu sou pedreiro, sou pintor, eu faço de tudo um pouco.

Narrativa do Pedro (5)

A vida de...de tóxico a gente não tem paz. É aquela lufa-lufa todos os dias, seja de que maneira for, roubar, enganar, a arrumar carros, seja quando é que for, ao frio...é sempre aquela coisa, aquela lufa-lufa para arranjar dinheiro...heroína e cocaína...e é a degradação e é tudo. Completamente degradado. A nível físico, a nível psicológico, tava...completamente de rastos. Não via perspectivas nenhuma de...de nada. Sentia-me completamente perdido. Tava a caminhar para a destruição...mesmo. Eu sou seropositivo e a nível de doença tava...não conseguia andar, tava...super magro...tinha montes de feridas. E o doutor (*médico do hospital*) viu as análises e é assim: "Metadona ou um centro comunitário".

Aqui a enfermeira apanhou-me mesmo...em baixo. Entrei em setembro. Não havia era tanto contacto..."Como é que se sente, como é que está...tá a tomar X de metadona, como é que se sente...". Resumia-se um bocado aí a conversa, só no estado de saúde. Quatro dias depois estava a entrar na comunidade. Venho aqui e em três ou quatro dias arranjaram-me logo um centro para eu ir. "Já temos uma comunidade para si". Senhora enfermeira...mas religiões não. Pode-se fumar? "Pode". Pronto. Oito meses...por um lado obriguei-me a isso...ela também chegou a lá ir...visitar. (*Falava com ela*) pelo telefone e quando tinha consultas. Depois tinha aquelas paranoias, era muito à regra, era muito rígido. E eu cheguei aqui e a enfermeira assim: "Vai-se aguentando ali...você se sai dali vai para a rua...e no seu estado de saúde não dá para estar na rua...se quiser ir para a rua...não lhe dou uma semana...ou você está numa cama do hospital no último...ou não deixa a Comunidade. Vá-se aguentando ali, olhe pianinho e coiso. Vá ficando...deste lado tamos a tratar disto". (*Quando saiu da Comunidade Terapêutica*) Eu vim cá logo nesse dia porque tomava metadona. Eu não me esqueço da frase dela "Oito meses...já é alguma coisa...muita gente não tinha aguentado e você aguentou. Você aguentou oito meses! Já é alguma coisa. Conseguiu tirar alguma coisa para seu proveito?". Tava um bocadinho mais gordo. Tomei de manhã e depois estudou-se a forma da metadona, como é que seria melhor, fazer a redução..."Vamos experimentar assim..."

Se não fosse ter o apoio aqui e ter ido pá comunidade terapêutica...ah...sinceramente não sei se taria aqui hoje. (*A enfermeira*) é uma pessoa que é interessada e põe-se muito no...no meu lugar. Põe-se muito do meu lado...ou seja, ela não vê só o lado técnico, vê também bastante o lado...o lado pessoal, os sentimentos...vê isso tudo. E isso ajuda-me imenso e eu consigo, acabo por conseguir falar e desabafar. Eu não escondo nada. E conseguir falar e desabafar certas coisas que lá fora não tenho ninguém com que venha fazer assim: "Então Pedro, como é que você tá?" Acaba por ser um género de um alívio...quando saio daqui disse tudo...o que vinha cá dentro, o que...me tá a doer...e tentou-se acima de tudo não foi só dizer, há o dizer mas é sempre para arranjar solução. Para as coisas...pode não ser no imediato, mas tenta-se e depois isso faz eu ter esperança e ter vontade de continuar. E pronto, e dá esse ânimo e não aponta o dedo,

pronto. Não critica, não, pura e simplesmente. Falar por falar, desabafar...a dor continua lá. Aqui é diferente. Falo, desabafo e analisamos as coisas em conjunto. Há as opiniões...trocamos muitas informações e conversamos muito. É falar...querer saber o que vai lá dentro. É...ainda agora tive a chorar e...é vir a chorar e...e sente-se que do outro lado também, eu sinto, que lhe toca...e que sente...mas continua a dar-me força: “Você...tá a ganhar coisas...não vê o seu pai a mudar? Tá a ganhar coisas.” E eu digo “Eu parece que não tou a fazer nada...” “Não, não, você tá a ganhar coisas...não são é palpáveis agora...mais tarde irão ser, de uma forma ou de outra, irão ser. Agora não são. Você já fez muito. Para o seu pai você pode não ter feito nada,...agora já fez muito”. Ou seja, é uma pessoa que qualquer pessoa gosta, dá valor, tá cá para dar valor, por aquilo que eu faço. Pelo pouco que eu faço...compreende o meu esforço e o sacrifício. Compreende e valoriza aquilo que eu faço. Pouco ou muito, valoriza. Ou seja, dá-me valor. Porque eu não dava valor a mim próprio em nada. Nada. E ela valoriza-me...bastante. Pronto, ajuda-me imenso. Dá-me outro ânimo, não é? Encaro as coisas de outra forma, ganho segurança nas coisas que faço. Não faço coisas a tremer. Dá para eu ganhar segurança...e sinto-me mais seguro... ela até me disse “Telefona-me...seja lá o que for. Se eu não tiver, alguém há de tratar o seu problema”. E agora daqui quero ver se...devagarinho sem precipitações, começo a...fazer alguma coisa...por mim. Com mais dificuldade, com menos dificuldade, gostava de ter a ajuda do meu pai...mas tá a ser muito difícil.

(O Pedro tem uma relação de conflito com o pai que não se envolve no seu tratamento e que recusa falar com ele. Esta é uma área de importância para o Pedro, nesta altura. Face à dificuldade de comunicar com o pai, a enfermeira propôs que enviasse uma mensagem SMS ao pai convidando-o para vir à ET. A intenção foi propor-lhe a participação num grupo de familiares de pessoas com problemas de adição a substâncias).

Eu às vezes até posso ter isso na cabeça, mas tenho aquele receio, será que devo, ou será que não deva, e fico naquele impasse e acabo por...parece que sinto segurança. A enfermeira ainda não entrevi diretamente. Ou seja, tá um bocado backstage. Até a enfermeira disse “Era bom que o teu pai viesse cá, porque o teu pai pensa que é a única pessoa que tem um problema no mundo e que foi o filho o único que o roubou...se ele chegar ali e começar a ouvir que os outros também têm filhos...e a forma como vão conseguindo ultrapassar as situações, se calhar o teu pai ouvindo já tira alguma coisa para usar contigo... Se o teu pai disser alguma coisa, diz que a ideia foi minha”. E eu “então eu vou mandar-lhe uma mensagem”...e isso já me dá mais um certo descanso...é um bocado uma muleta, vá lá. É um bocado uma muleta que eu tenho e que...é assim. Há que ser usada, essa muleta, isso é uma questão de interesse, não é? O meu interesse é ficar bem, o interesse da enfermeira é pôr-me bem. Não é que eu esteja bem. É o trabalho dela...e acima de tudo também é...é a autoestima dela que...que se eleva, não é? Sabendo que conseguiu alguma coisa, não é? Pronto, é lá a sua vitória, não é? E

para mim muito mais... Eu posso dizer que aqui veem a parte humana. É bom, a gente gosta de saber que há alguém que diz “Sim senhora”. É capaz de dizer “Tens que tratar disso e veja lá...” ou seja, não me repreende, faz-me é ver...as coisas de outra forma “É assim, se você não fizer, você é que vai sofrer as consequências. Se não tratar destes papeis agora, vai tratar mais tarde, quanto mais tarde tratar, mais tarde tem as consequências”. Isto por causa da reforma. “A opção é sua”. Ela sente...essa confiança e sente que eu tenho vontade de fazer as coisas. Tou é limitado, pronto, há situações que tou limitado e não...não consigo fazer-las porque tou limitado.

Saber que tenho aqui alguém que tenta-se conciliar as consultas com o vir buscar as tomas de metadona, que eu ando mal financeiramente neste momento, não é? “Dava-lhe jeito? Dá-lhe jeito...este dia? E a esta hora, dá-lhe jeito?”. (É) a forma de eu num dia levantar logo duas coisas. É como conciliar a consulta com o médico, no hospital, com a consulta aqui...ajuda-me nesse aspeto. Podia não lhe interessar. Pronto, não, compreende e tenta-se fazer a coisa dessa maneira...o que para mim é...é ótimo.

Sinto que cada vez mais a enfermeira tem mais confiança em mim. (*A redução da dose da metadona*) fui eu que propus. Falou-se na altura sobre isso, fez-se e agora durante uns tempos vai tar assim...que é para eu também me conseguir mexer, vá, tar bem, para não tar a arriscar, para eu poder tratar também destes assuntos todos, ter mobilidade física para me mexer. Mas é uma coisa que não é prioridade. Quando for prioridade vou pensar nisso. Neste momento não é. Depois, vá lá, sofrer um bocadinho, se tiver que sofrer, e começar a fazer a redução. Depois já das coisas tratadas... Agora...há aquela confiança. Ainda hoje, por acaso reparei e comentei isso, há bocado, com a enfermeira, eu de manhã vim cá buscar a toma, para a semana, e fiz uma toma, ela encheu os frascos que tinha a encher...é uma toma por dia repartida, são mais frascos, não é? São dois por dia...e só depois de me dar os frascos e eu guardar os frascos no meu bolso é que me deu o copo para fazer o teste. Só por aí já demonstra que...pá...ela confia que eu já não tenho consumos. Ela sente que eu já ultrapassei isso. Não falámos em consumos, pura e simplesmente. Tivemos aqui uma hora...e não falámos em consumos. Falou-se em tudo. O pai e a mãe, como é que é, como é que não é. Como é que tamos? Falaste com os teus pais, ou não falas-te, ele falou contigo...o que é que você tem de ir tratar de médicos, disto, daquilo...problemas normais do quotidiano, da vida das pessoas, e consumos não se falou. Como é que vão os consumos, e...a cabeça tem pensado, não tem...não. Os meus consumos já não me dizem nada. Para além de não os poder fazer, também não os quero fazer mais. Já não vai por aí, já não, não...isso acho que é um problema que nunca tá ultrapassado por completo mas...noventa e tal por cento tá...tá ultrapassado. Acho que ganhei um bocado de raiva, um bocado ao vício. Eu pensar na heroína ou pensar numa bicicleta, é igual. Não me afeta. Não me diz nada, eu não tenho aquele pensamento...a pedra da coca...não, sinceramente não me afeta. Agora tenho é outros problemas...mais graves...a minha saúde é...tentar levantar-me o mais que puder, e o mais que conseguir fisicamente e psicologicamente para poder ter

um bocado de paz na vida...que foi aquilo que eu nunca tive...na vida. E eu quero ver se tenho um bocado de paz e sossego agora...pá, estes anos...que tenho pela frente, não sei quantos, mas quero ver se...tenho um bocado de paz. Estou cansado, mesmo cansado...desses ritmos que acabam por não ter nada, ou seja o que a gente ganha com isso...não ganha, só perde. Que eu tou farto de perder. E agora...é assim, não, eu já não quero ganhar nada...seja a nível de...de monetário, ou seja lá o que for...material, vá lá. Eu quero ganhar é a nível de paz de espírito, de sossego, de...tar bem comigo próprio e tar bem com...com aqueles que tão próximo de mim, ou aqueles que tão mais próximos de mim, como é o caso de ter a minha família...mas quero...quero ver se consigo isso e...tar descansado.

Pronto, tão-me a ajudar...naquilo que podem, tão-me a ajudar imenso. Sinceramente sinto-me bem, sinto-me bem quando venho aqui...não é ser engraxador ou isto ou aquilo, não...e tenho aprendido bastante. Eu tou diferente em diversos aspetos. Começo a ter a noção da obrigação de tomar a medicação, a tempo e horas, pronto. Antigamente tava na cama e se tinha os comprimidos ao fundo do quarto “Eia, os comprimidos...”. Agora já não, “Vá, levanto-me...”. É assim, confiaram e confiam em mim. E é a tal coisa, sempre a ouvir, sempre a ouvir a todos. Uma coisa que eu aprendi é assim, podem dizer muita coisa, umas certas e outras erradas, tens que tirar é o que faz proveito, para o teu bem-estar, para o teu futuro. E aquilo que não interessa, não se perde tempo. Vai-se ganhar tempo é naquilo que faz proveito que é para construirmos alguma coisa. Eu aprendi isso ao longo da vida de...de drogado, que é mesmo assim...de andar na rua, ter que andar com não sei quantos olhos abertos, ter que ser vivo, sobreviver mesmo, era a lei do mais forte e o mais forte não quer dizer que tenha um grande cabedal, ahhh...é uma vida que eu não desejo a ninguém, sinceramente. Mas eu tive lá e o que não presta mandei fora, agora há coisas que interessam se eu antigamente conseguia para aquilo, porque é que agora eu não consigo? Sinceramente, acho que estou com mais capacidade de resistência que um tóxico. Não posso dizer que teja bem, mas não tou mal, tou remediado. As coisas estão a andar e...a gente gostava que andassem mais depressa, mas estão a andar...e tou contente claro, mas por outro lado também sei que a culpa é minha. E às vezes temos aqui consultas...a falarmos...a fazer retrospectiva...e a enfermeira com a paciência dela...vamos fazer assim, assim, assim, assim. Primeiro vai aqui, depois de tratar disto, vai aqui...se eles quiserem informações, você vai ter com o doutor (*nome do médico*), ele faz um relatório com as informações sobre o seu processo, volta ao outro médico...

Hei de conseguir mostrar essas diferenças ao meu pai. Há uns meses atrás dizia “Será que vou ter tempo? Já vou ter tempo para dizer alguma coisa ao meu pai? Fazer algo que ele fique contente?”. Agora eu sei que consigo e que também tento. Sei que vou ter tempo, quero é fazê-lo da melhor forma...e não quero dar passos precipitados. Por isso é que eu vou sempre falando com ela. Vou fazer por isso, devagarinho.

Narrativa do Daniel (6)

Infelizmente eu já ando nisto há muito tempo, já. Desde noventa e um, já são uns anos valentes. Já tinha estado em (*nome do outro CAT, agora Equipa de Tratamento*), era uma terapeuta...que não era enfermeira. Nunca existia este CAT aqui. Só que por questões de distâncias e coiso, pedi para passar para aqui. Aqui, neste CAT (*é acompanhado*) pela enfermeira (*diz o nome*) há um ano e três meses, mais coisa, menos coisa. O outro era um bocado mais distante...a outra terapeuta que eu tinha, pronto era um bocado mais...mais mecânico...tava ali para fazer o trabalho dela e...eu tinha que fazer aquilo como é que era, e assim de seguida. Não havia, não sentia muita preocupação. E aqui já me dão outra importância...e tive mais tempo lá, sabia que à quinta-feira tinha que ir lá buscar os frascos e ia e pronto, não se passava mais nada. Tinha consultas de três em três meses...quando havia.

Aqui é diferente...para mim este acompanhamento está a ser diferente. Ao princípio, nos primeiros meses, a gente tem que vir cá todos os dias. Depois é que se começa a levar (*metadona*) para casa. E a partir daí é que as coisas começaram a ser mais...mais intensas (*riso*). (*As consultas*) são marcadas na hora, não é? Combinamos...geralmente é sempre um mês. Temos feito mais ou menos a coisa de mês a mês. E nas consultas pronto, falamos de tudo um pouco. Foi aí que ela começou a puxar mais por mim...as conversas, pois. Sobre tudo. E eu também fui ganhando mais à vontade, em tar com ela e em falar com ela...de tudo um pouco, da minha vida...com quem eu vivo, com quem é que não vivo, o que faço, se trabalho, se não trabalho...falamos de tudo um pouco. Da minha parte eu vejo que...que é uma pessoa que se interessa...por aquilo que está a fazer... e por mim, pelo menos sinto isso. Mais do que por exemplo em relação à pessoa que me acompanhava (*no outro CAT*).

Geralmente, quando venho, quer dizer sento-me, não é? Ela tem o processo à frente e mais ou menos não se esquece das coisas. E geralmente quem puxa por mim é ela (*risos*)...por isso é que ela diz que sou um bocado fechado. Normalmente ela puxa por mim (*risos*). Ela é que puxa por mim...mas depois eu vou atrás. Sinto-me à vontade e pronto...e mando as coisas cá para fora. É uma pessoa que eu identifico-me e consigo...eu com ela não sou fechado. Eu consigo identificar-me em certos pontos. E bate certo, as coisas que ela me costuma dizer...toca-me nos sítios...e realmente é um bocado verdade, isso. Eu começo-me a rir, é um feitio meu, eu começo-me logo a rir e tal e ela também já sabe, quando eu começo-me a rir, ela já sabe...que bateu no sítio certo (*risos*). Tem-me ajudado bastante (*silêncio longo*).

A minha própria maneira de estar...tá um bocado diferente. Sabe que isto tem consequências, não é? Tanto em casa, como ao nível pessoal...em todos os aspetos, que é mesmo assim...e desde que estou aqui...a coisa tem ido diferente. A maneira de estar é outra...e já não me engano. Eu já não consigo esconder as coisas...eu digo o que tenho a dizer as coisas na hora...mais facilmente...não me engano...que eu andava-me a enganar.

Agora há pouco tempo até tive uma recaída. Andava bem...depois uma brincadeira, uma festa...pronto...é uma pessoa ter um azar...e perde o controle. E não fugi, foi a primeira coisa que fiz foi vir cá. Isso ela fez do princípio. Se eu precisasse de alguma coisa, era só dirigir-me aqui e...contactar com ela. Nem tinha consulta nem nada, mas precisei de vir cá falar com ela...encontra-se sempre um lado positivo...pelo menos para mim. Se fosse em (*nome do outro CAT*) tenho impressão que era capaz de tentar enganar ou coiso.

Quando tive a recaída ela deixou e ainda levei (*metadona*) para casa nessa altura e depois na semana a seguir, como continuei a consumir é que ela disse “é melhor vires cá por isto senão vamos ter mais...”. Porque já viu, quando uma pessoa leva para casa e depois tem recaídas, as recaídas acusam nos testes, não é? Comecei a tomar cá uns tempos, que eu sentia-me mais seguro de vir cá tomar. E assim foi. Durante um mês e pico estive a vir cá tomar, a fazer tomas presenciais. Senti-me mais seguro...isto ao fim e ao cabo nós não andamos aqui a enganar ninguém, enganamos é a nós próprios. E eu senti-me mais seguro assim, em vir cá...Agora a coisa voltou outra vez ao normal...e tou a levar (*metadona*) para casa.

Tive sorte, por acaso...desta vez tive sorte, na terapeuta (*a enfermeira*) que me calhou (*riso*). Sinto-me à vontade com ela...é uma pessoa que...que me inspira confiança...porque pronto tem acompanhado...sabe os meus problemas, que eu conto-lhe, não é? Levo comigo (*as conversas com a enfermeira*), levo comigo. Levo comigo e depois falo com a minha irmã. Sim, porque também já conhece a enfermeira. A minha irmã é como se fosse o meu braço direito (*silêncio longo*)... Já veio cá a uma consulta. Foi a minha irmã, que disse que gostava de a conhecer. À vontade, à vontade, não tenho nada a esconder. A minha irmã tem o contacto da enfermeira...se algum dia precisar de falar com ela...é só telefonar. Há (*também*) contacto (*da enfermeira*) com o meu médico de família. A propósito de tudo...mesmo para as credenciais, mesmo para eu não pagar os exames e não sei quê. O meu médico liga para aqui e vice-versa. (*A enfermeira*) combina com o médico. Os papéis vão ao centro de saúde, é tudo carimbado e assinado pelo médico. (*Com as assistentes sociais*) não tenho assim muito contacto, (*as suas necessidades*) não andam tanto por aí. Pelo menos até agora. Ela (*a enfermeira*) tem conhecimento disso tudo.

Tanto que ela até queria que eu me inscrevesse ainda para a assistente social, para me inscrever para arranjar emprego, mas eu disse “de momento não vale a pena”. Tenho o plano de ir para fora, conhecer outras pessoas, outras culturas. Isto já está muito visto (*risos*).

Eu atualmente não tou a trabalhar, há coisa de seis meses que não tou a trabalhar. Tou em stand by porque quero tratar primeiro dessas coisas...do fígado e da vista...e ajudar a minha mãe. A minha mãe, é uma pessoa que já tem setenta e sete anos...tem diabetes, tem arteriosclerose...pronto, já não está capaz de tar sozinha. A minha irmã vai trabalhar durante o dia e eu é que fico em casa a tratar das coisas. E eu é que tenho que... cuidar disso tudo. É gás aberto, às vezes é a água...é delírios. Ela fez por mim,

agora tenho que fazer por ela, não é *(risos)*? Seria um problema...se isso tivesse acontecido nessa altura *(em que consumia)*.

Mas eu preciso trabalhar, não é? Que é coisa que brevemente devo começar de certeza. Estou à espera...e isso aí vai ser um problema, porque...depois...ela não quer ir para um centro de dia...sozinha também não pode ficar...e eu tenho que estudar isso aí, eu e a minha irmã.

Eu tou...à espera de ir para fora...a enfermeira sabe disso, até...foi sempre um desejo meu *(mas)* não é para já. Preciso de me tratar aqui primeiro...tenho que me tratar primeiro *(risos)* para depois ir. Quero ir para lá mas...em condições mesmo. Agora o imperativo para mim é tratar a vista *(uma catarata)* e é tratar isto do fígado *(hepatite C)*. Tou para tomar conta de mim. É mesmo assim. Agora preocupo-me mais um bocadinho, comigo...foi uma das coisas que aconteceu, que mudaram, foi isso. Comecei a preocupar-me um bocado mais comigo. Agora naquela altura um gajo é novo, não acontece nada e as coisas não são bem assim.

Sinto-me bem. É andar bem-disposto, não ter a cabeça a mil, não...não haver aquela rotina...ter tempo para tudo e mais alguma coisa. Porque nessas alturas não se tem tempo para nada. Sinto-me bem e acho que desta vez é que a coisa vai mesmo. Ela *(a enfermeira)* geralmente...pronto, ela aconselha-me, não é? Mas pergunta sempre a minha opinião. E quando eu não concordo, não concordo, não é? Mas geralmente estamos sempre...em sintonia. *(Quando por sua vez faz uma proposta)* ela também está recetiva a isso, sempre. Tanto mais que vai haver aí um programa de desenho e pintura e coiso e...e estou a pensar seriamente em aderir a isso. Sinto-me uma pessoa mais aberta. Espero chegar ao caminho certo...depois nem sequer tomar metadona e...fazer a minha vida normal, não é? A enfermeira conhece os meus projetos. As coisas estão a andar...devagarinho mas estão a andar. Tou melhor, tou melhor.

Falo com uma certa alegria porque...sinto-me bem e sinto que é uma pessoa que me tá a ajudar. E acho que desta vez vai lá. Já tenho um bocado de experiência nisto. Com isto tudo uma pessoa vai tendo experiência. Não sou novo. Estou em bom caminho...já andei bastante.

Narrativa do Josué (7)

Eu meti-me na heroína...em noventa e quatro, sensivelmente. Cheguei a uma degradação na vida que você não faz a mínima ideia. O problema que eu tinha diariamente para arranjar as doses e todas essas porcarias, e todos esses problemas que advêm daí, do vício, pronto, nós ganhamos um vício tal que depois já não é só o vício, aquilo chega a um ponto onde já não é para nada, é só para nos tirar o problema de sentirmos dores no corpo, não é? Aquela ressaca malvada que aquilo leva-nos quase à morte. A mim levava, de certeza, a mim levava, levava. E há medida que o tempo vai passando nós vamos aumentando a dose, não é? Pois, que aquele bocadinho já não dá...depois outro bocadinho já não dá, e etc...por aí fora...e vamos aumentando, aumentando...chega aquele dia que...eu vou fazer isto tudo e pronto, acabou-se. Eu já, para poder trabalhar, eu tinha que tomar isto logo de manhã, se não era impossível, onde é que eu me levantava para ir trabalhar o dia. O dinheiro que ganhava era todo para bater. Eu com cinquenta e quatro anos...há quanto tempo é que já andava metido nesta porcaria.

Foi uma sorte ter aberto o centro aqui. Para mim foi a primeira vez que tive num centro. Andava desejoso de ser visto, eu já andava aqui à volta. Eu tava desejoso de me ver livre da porcaria mas não conseguia fazer, porque eu já tinha feito duas a frio e...cheguei à conclusão que não conseguia sozinho, não conseguia, não conseguia. Tive que aguentar, fazer um esforço até isto tar aberto e chegar a minha vez e começar a tomar então a...a dita metadona. Deixei a heroína e foi o melhor que eu fiz, foi. A terapeuta (*uma psicóloga da ET*) foi quem me acompanhou logo de princípio. Fui então avisado que passava para a enfermeira. Até à data tou com a enfermeira. Creio que está muito bem entregue, a situação. De vez em quando tenho consultas. Eu venho buscar os frascos e marco, se ela estiver presente eu marco. Ou então deixo um aviso...se ela não estiver, deixo um aviso: preciso de uma consulta. Na data em que ela vê, pronto, a gente vê em acordo, numa data que não me faça transtorno a mim. Ela chama-me...vamos lá conversar, se estou bem...como é que eu ando...se não há problemas de maior... Eu já atravessei problemas, a vida é assim mesmo, mas não, não preciso de mais nada para enfrentar a minha vida...não vou agora agarrar-me a isto e aquilo. Foi uma fuga? Não vou arranjar essa desculpa. Não, não foi. Não foi propriamente uma fuga à realidade. A realidade é mesmo largar isto para entrar numa situação que...separar isto da minha vida. E falo isso com ela.

Em relação ao meu tratamento, sinto-me bem...as análises aqui são o rastreio à urina. As análises ao sangue já não é aqui. Passam-me então as credenciais, não é? Passam-me as credenciais com as análises que são necessárias fazer...e isso é combinado com a enfermeira. Se eu precisar de fazer umas análises ou qualquer coisa mais...ela passar-me-á as análises e o que for necessário. Uma vez, duas no ano, é conveniente fazer. Não que procure alguma coisa, mas gosto de saber como é que estou, para a idade que eu tenho...mas pronto, gosto de saber como é que estou. Como é que está o sangue,

como é que está a situação. Tenho uma coisa comigo em relação à metadona que foi a cárie. Tinha os dentes que era uma categoria, chegaram-me a cair os dentes. Não imagina o que eu senti quando me caiu um dente. Já falei disto à enfermeira, tenho que tratar da boca, que isto está uma desgraça. É com ela, ela está apta a fazer isso.

Nunca tinha participado em nada...eu até já podia estar fora do programa, eu reconheço que já podia estar fora do programa. Mas esta luta é tão grande...você está a ver, você é filho e no espaço de dois anos perde pai, perde mãe, perde uma sobrinha, perde os irmãos todos...fiquei completamente de rastos. Se não fosse a enfermeira era capaz de ir para aí tomar um bocado daquilo ou meter-me naquilo, ou sei lá, pá. Podia ter acontecido, ou no álcool. A gente devemos falar disso, de tudo. A vida continua. Meti uma pedra em cima daquela situação. Custou-me pronto. Eu levantei-me. Há pessoas que não, também estão na merda. Alguns estão presos. Mas estou a reduzir. Vamos reduzir agora quatro ou cinco milímetros, passamos assim por uma fase...eu proponho à enfermeira, é combinado. A redução é combinada. Nunca me aconteceu pedir para reduzir e ela dizer que não. Pelo contrário, ela pergunta se eu preciso de alguma coisa, veja lá... Não, eu tou bem. Para matar o vício trabalha-se, olha, dá-se ao cabedal, como se costuma dizer... Eu às vezes estou a pensar sobre (*a recaída*) e penso “mas o que é propriamente a recaída?”. Há aquele bichinho. A recaída por vezes não é que um indivíduo precise...vai ao encontro daquilo porque quer sentir novamente o...deixa lá ver... Há aí um certo bairro onde vão comprar a dita “branca”...e eu...não aceito. E eu “é pá, olha lá, mas qual é a tua ideia?”, eu assim para eles, não é? “Tás-te a matar, tás-te a matar aos poucos pá. Tens necessidade disso pá? O problema tá na cabeça. Tu andavas tão bem, pá...”... Se eu não bebo álcool, também já não vou para a recaída. Eu não sou melhor que os outros, atenção, que eu estou para aqui a falar e não sou melhor que os outros. Mas...desde que aqui estou, podem-me dizer...que nunca mais toquei em nada. Nunca, nunca mais toquei em nada. E tenho visto, tem-me passado pelas mãos, mas não. Se eu tivesse uma dificuldade, até mesmo numa situação de recaída...qualquer uma das minhas terapeutas³³⁵ me aconselhava para o que eu precisasse. Sou franco...aquilo que eu tenho falado com a enfermeira, penso que qualquer uma está apta a ajudar-me. Gostei das pessoas aqui dentro, tou muito bem com as pessoas, principalmente com as minhas duas terapeutas, posso-lhes chamar assim. A enfermeira tem sido do melhor que há...eu não posso dizer mais nada. E eu tenho muito que agradecer por estar aqui.

Voltei à minha vida normal...e até hoje...sinceramente. Bom...força de vontade também conta, penso eu. Um indivíduo tem que ter força de vontade para largar isto, como eu tinha e tenho. Eu penso que não tenho problemas nenhuns em vir e ver heroína ou cocaína ou sei lá...aquilo já não me diz nada, não me diz respeito nenhum, nada, nada, nada, até pelo contrário, tenho um amigo até coitado...mas não quer dar a cara e não vem cá. Eu digo-lhe “é pá, tu vai lá...podes ir ao CAT, falas com as pessoas...não custa

³³⁵ A psicóloga e a enfermeira, com quem está em acompanhamento agora

nada...”. Eu vim sozinho. Para mim foi muito bom, muito bom, muito bom. E quanto mais idade, mais eu tenho consciência disso, não é?

Pronto, a minha vida está regularizada, só precisava era de ter uma vida mais sossegada e acabar com isso e voltar ao meu trabalho, automóveis, sempre gostei, transformá-los, arranjá-los, que eles não se queixam (*risos*). Vamos lá a ver se não me falta as forças até uma certa idade, eu não me estou a ver encostado aí num jardim a jogar às cartas. Só lamento a morte dos meus familiares, mas não se pode fazer nada, se eu lhes desse vida, pois claro...

Pronto a minha situação como você já viu, sou um doente que sinto-me bem.

Narrativa do Samuel (8)

Os problemas da minha vida têm sido sempre é os consumos. O resto vem por causa dos consumos. Eu tenho trinta e sete anos, eu comecei a consumir...a primeira vez que entrei num centro tinha dezasseis anos. A minha vida tem sido sempre a consumir drogas. Os problemas que eu tive tem sido tudo por causa da droga, de andar sempre lá metido...chegar de rastos. Chegar de rastos tipo uma pessoa tar em...em desespero...que as coisas tão mal. Fisicamente...família, tudo. O andar a consumir...o não conseguir consumir porque não tem veias para se injetar...ou levar os dias inteiros a ressacar...o querer parar e não ver maneira. É uma maneira de a gente chegar aqui de rastos. Psicologicamente e...destroçado, mesmo.

Já tinha ouvido falar várias vezes no CAT. Dirigi-me aqui a pedir ajuda e...calhou-me ficar com esta enfermeira. Conheci a enfermeira. Foi a enfermeira que me propôs, me aconselhou, a ir para as Taipas e depois entrar no centro...e foi o que eu fiz. Esta é a terceira vez que estou aqui no CAT. Fiquei sempre com ela como minha terapeuta e como minha acompanhante e...qualquer coisa que eu precise sempre aqui do CAT...é ela que tá como a minha terapeuta. Foi sempre com ela. Sempre, sempre. Tem sido com esta enfermeira que eu tenho tado e nunca houve...nada que...não tenho nada assim a dizer, pelo contrário. Tem sido uma pessoa, aqui dentro, que eu tenho assim mais contacto. Com os outros enfermeiros tenho também, que é quando venho tomar a metadona, eles estão lá a dar a metadona...agora assim assuntos que...as consultas e assim é sempre com a enfermeira.

Tenta saber como é que tem sido... por exemplo, agora da última consulta até esta, como é que foi estas semanas que se passou. Se tive consumos, se não tive consumos...como é que era, se era espontâneo, se andava a pensar primeiro antes de ir consumir...se acho que preciso de alguma medicação, se durmo, se não durmo...se ando ansioso, se não ando ansioso, se a quantidade da metadona eu acho que é a suficiente, se não é... É isso. Eu antes de entrar aqui venho logo a pensar que a pessoa que tá ali daquele lado não tá aqui para me enganar nem para me prejudicar em nada. Portanto venho, venho a fazer confiança. Não venho para aqui com a intenção de tar a enganar ninguém. Nem venho mentir nem escondo nada, e quando as coisas estão a correr mal, eu chego aqui...e se consumi consumi, se não consumi não consumi. Não tenho nada a esconder, não tenho nada a perder, só tenho quanto mais sincero for só tenho é a ganhar com isso porque a pessoa tá a trabalhar com aquilo que eu lhe tou a dar...se lhe tou a dar coisas falsas tá a trabalhar sobre uma coisa que é mentira, não, não vai dar resultado. Portanto tenho que ser o mais sincero possível. E com a enfermeira que me tá a acompanhar como minha terapeuta, é uma pessoa acessível, não posso exigir mais dela...até à data...não faz mundos e fundos mas...desempenha o papel dela...considero na perfeição.

Sabe um bocadinho da minha vida. Já sabe que não sou pessoa de...que me dou em centros...sabe que mais ou menos a minha maneira de ser, para ver o que é que dá para

mim e o que é que não dá para mim. O que ela me deve aconselhar a fazer e o que não me deve aconselhar a fazer. Às vezes diz-me o que é que eu posso fazer, mas diz-me “Se calhar para si Samuel, o melhor é isto...porque você com isto não se dá e...isto se calhar não é o mais indicado para si, pela sua maneira de ser você não se vai dar bem com isto. Se calhar o melhor será isto.” Mesmo a medicação que eu devo tomar...por exemplo agora se devia tomar medicação para dormir, se não devia tomar medicação para dormir...”você não está a trabalhar, se ir para o trabalho depois dá-lhe sono...não tá a trabalhar vamos aguentar, a ver...”. Sei lá...o tomar a medicação por causa da cocaína...vamos esperar também...prontos, essas coisas.

É acessível naquilo que lhe compete fazer...não tem a obrigação de me andar a ligar...a saber se consumi, se não consumi. Não é aquela pessoa que se for preciso tá-me a ligar para casa todos os dias...Samuel então, como é que tá? Hoje consumiu, não consumiu? Não...não faz isso, não é? Se calhar também não vê necessidade disso...eu acho que a minha terapeuta se visse se calhar se eu fosse um utente que não tivesse família e que tivesse na rua, e se calhar visse a necessidade de andar à minha procura porque eu precisava de ajuda, se calhar era pessoa para o fazer. Tem vários utentes, tem que olhar por eles, mas cada vez que venho aqui tomar a metadona, se é ela que tá ali a dar a metadona aos utentes, fala sempre comigo mais um bocadinho...”então como é que tem andado, como é que não tem andado? Se precisar de falar comigo diga...”. Essa é outra coisa, de cada vez que preciso de falar com a enfermeira, com a terapeuta, chego ali, peço para falar ou peço para marcar, marco. Não é hábito isso acontecer mas...já aconteceu. Mesmo agora esta última vez que eu entrei para tomar a metadona, a enfermeira, a minha terapeuta tava de férias e tava aí uma outra enfermeira que...fez o lugar dela...que já me conhecia e disse ...”Samuel, a sua terapeuta tá de férias mas eu vou já então para que as coisas fiquem encaminhadas passo-lhe já as análises e os exames que você tem que fazer para entrar e você vai já adiantando isso. Depois quando a sua terapeuta vier já tem isso adiantado e é só entrar”.

Depois também tenho outros problemas de saúde, que sou...seropositivo, tenho hepatite B...e C...e também me encaminha para o hospital para o meu médico, tem esse contacto...eu sei que têm contacto, um com o outro. Há coisas que ela vem a saber que não é da minha boca, tem que ser pelo...pela boca do médico. Se há alguma coisa quer saber, por exemplo a medicação que eu tou a tomar, para saber se é preciso aumentar a metadona, se não é... não desconfia de mim...mas liga para lá para saber e informa-se com o médico. Isso é normal. Também nesse ponto também tem ajudado muito...para que tenha as consultas e para que seja acompanhado. Muitas vezes, a maior parte das vezes é a enfermeira que...toca no assunto e fala no assunto. A medicação que eu faço, se tou a fazer, se não tou a fazer. Como é que me tou a dar com ela, isso também é falado aqui. Sim.

Isto nestes anos que estou aqui no CAT, as coisas têm tido altos e baixos, baixos e altos. Hoje estou assim, para a semana se for preciso estou a consumir e chego aqui...de

rastos outra vez. Isto tá sempre assim...a subir e a descer. Às vezes é o sítio onde eu me agarrar para...como já aconteceu, eu tava a...consumir e tava a consumir metadona também. E foi com a enfermeira (*suspiro*)...que eu arranjei uma solução para na altura parar. Já andei aqui alturas e tava muito em baixo também. Muito em baixo mesmo...e foi aqui que dessas vezes arranjei solução para parar...com aquele sistema que eu tava a viver, naquela altura. Ninguém me aponta o dedo por nada, ninguém me acusa de nada, não tenho que ter medo de nada, nem de tar a mentir.

Já houve boas notícias, aconteceu poucas vezes (*sorri*). É bom, a pessoa vê que eu tou a fazer alguma coisa. Ela mostra...nota-se. Como também quando chego aqui mal, com um problema, também se nota que a pessoa fica desiludida...que fica assim um bocado coiso, por ver que as coisas estão a correr mal. Houve uma altura, a primeira vez que comecei aqui a tomar metadona as coisas começaram a correr tudo às mil e uma maravilhas, desde montei um negócio e tudo e tirar a carta e...as coisas estavam a correr tudo bem e a pessoa tava a ficar “Eh Samuel, então agora começou com isto, você é uma pessoa que em pouco tempo conseguiu isto tudo e correu bem...”, depois de um momento para o outro veio tudo por ali a baixo no espaço assim de três a quatro semanas...a pessoa ficou assim (*sorriso triste*) “Como é que é possível isto ter acontecido”...fica assim um bocado...e nota-se, notou-se que ficou. E chegou a dizer “Samuel, você foi uma pessoa que aqui num ano e tal você construiu, fez isto e isto e isto...passou por aqui poucas pessoas que aconteceram isso...também tinha quem o ajudasse...e de um momento para o outro você destruiu tudo logo...”. E se calhar até fica naquela que se calhar podia ter feito alguma coisa e não fez...na altura, não sei. Ficava melhor, claro, se soubesse que as coisas tinham corrido bem. E que tavam a dar certo. Não fica satisfeita quando eu chego aqui...tava dois, três dias sem vir tomar a metadona e depois quando aparecia...ah...via no estado em que eu tava, quando aparece assim mais magro, quando aparece assim mais relaxado...barba por fazer, banho por tomar...prontos, vê-se que a pessoa...e diz “Samuel, agora você tá mais magro, Samuel você tá...anda assim outra vez...Samuel, eu já o vi assim...”. E vê-se...

É um aviso que a pessoa tá-nos a dar...“Olhe que vai voltar outra vez à mesma coisa...veja lá, o que é a que a gente pode fazer, o que é que a gente vai fazer para mudar isso?...Ainda há de conseguir outra vez”. Falamos do passado. Por exemplo que no passado aconteceu assim, agora esta maneira como é que está a acontecer ou na sequência “Samuel, da outra vez foi assim, desta vez vamos lá a ver se não volta a ser...recorda-se como é que foi?”. Falamos do passado também. De situações que se passaram passadas.

E eu falo da minha família também. Mesmo ainda há bocado falámos como é que tá a relação com a minha família...como é que as coisas estão. Agora moro sozinho. Tou com a minha família todos os dias, mas tou a viver sozinho. (*A enfermeira*) já teve contacto com a minha família. É fácil a terapeuta ter contacto com a minha família. Tem contacto com a minha família cada vez que precisa de ter. Mesmo ainda há bocado falámos como

é que tá a relação com a minha família...como é que as coisas estão. Sinto que sou um utente que se calhar já a conhece à mais tempo que alguns que começaram agora no CAT e que se calhar não tem tanto conhecimento da vida deles. A mim já tem se calhar um bocadinho de conhecimento mais...mas não sinto que sou diferente dos outros. Não sei, é a profissão, o ofício, o trabalho da pessoa...às vezes empenha-se se calhar mais do que...não tem nada a ganhar, tamém não tem nada a perder e preocupa-se. E é uma pessoa que não conhece uma pessoa de lado nenhum, que apareceu aqui a pedir ajuda e...às vezes a gente que andamos lá fora lidamos com tanta gente e qualquer coisa querem sempre qualquer coisa em troca, não há nada de borla, seja o que for, tem que pagar...em troca disto...e a pessoa aqui acho às vezes que a terapeuta ou a enfermeira ou quem tá ali daquele lado...neste caso a minha terapeuta...dá e não pede nada. Às vezes só pede que eu..."Samuel, veja lá, não consuma, olhe pela sua vida...tá nesta situação assim, tá naquela situação assado...e agora desta vez veja lá se consegue...". É isso que eu vejo...não nos pedem nada em troca. Aqui dão ajuda sem pedir nada em troca. E às vezes empenham-se. No meu caso, o que é que posso dizer que já fizeram por mim...desde a entrada para as Taipas, o arranjar um centro, o d'outras vezes me darem centros a escolher...várias coisas...em ajudar-me...empenharem-se em ajudar-me, em terem trabalho, em arranjar uma vaga para mim para tal sítio "porque ali tas melhor, do que ali...e vamos fazer para que aconteça assim...". Enquanto que (a enfermeira) podia dizer "Eu tou aqui a trabalhar, não tenho nada a perder, nem a ganhar, vás para ali, vás para ali, para mim é igual. Onde entrares para onde houver vaga primeiro é para onde tu vais...e pronto...tá-se bem". E procura o melhor para o utente. Mesmo para repartições que fazem parte dos estado tamém, se ver que para mim é melhor esta do que aquela...faz esforço para que eu vá para aquela. E na volta para a terapeuta não tem nada a ganhar nem a perder que eu vá para uma ou vá para outra, mas procura sempre para que eu vá para a melhor. Dá-se ao trabalho de fazer que aconteça eu ir para ali para aquele lado.

Sou uma pessoa que venho aqui pedir ajuda e que se calhar encontro a solução para o meu problema. Mudei, neste anos sim, mudei alguma coisa.

Narrativa da Lucinda (9)

Eu era, na minha mocidade, não sou velha, mas pronto, era uma pessoa muito hiperativa, tinha uma grande vida. E agora não...eu sou capaz de passar semanas fechada em casa. Já quase há quinze anos que ando nisto. Recaídas, recaídas. Eu acho que eu já vivi tanto na minha vida que às vezes acho que não tenho nada para descobrir. Já vivi em muitas comunidades, infelizmente...e umas piores que as outras, outras melhores e...psicólogos e terapeutas...e há psicólogos que nem nos olham nos olhos, quando vão a falar connosco, nem veem a nossa...se temos a mentir se temos uma expressão, se temos um olhar. Nós vamos adquirindo, por experiência. Não tava bem. Não me tava a dar bem com a minha antiga terapeuta e então quis mudar.

Pus-me com um pé à frente e outro atrás...porque não sabia o que é que havia, não sabia o que é que ia encontrar, seria uma melhor, outra pior? Eu para falar...ao princípio era arrancar a pele...naquela altura em que estava com o pé atrás. Dei-me bem com a enfermeira e até agora temos-nos dado otimamente. Há anos, desde ela veio para aqui trabalhar. (*Sorriso*) não tem nada a ver. É o dia da noite. A humildade com que ela nos trata...humildade...de nos olhar nos olhos...e a força, a força interior que ela nos transmite, que a mim me transmite...e que isso me faz sentir bem. Ela parece que absorve tudo aquilo...ela absorve a informação que o utente tenta lhe passar. Ela tenta tirar partido disso, porque cada caso é um caso (*silêncio*). Eu gosto. Ela tá sempre a...a insistir para que eu venha, para a gente falar um bocadinho...“Olha, mas eu tenho tempo”. E é uma pessoa que é honesta, e ela também vê isso da minha parte, que eu sou bastante honesta com ela. Eu identifico-me em bastantes coisas com ela, pronto. Identificamos as duas...identificamos. Há um intercâmbio de aprendizagem (*suspiro*)...porque a enfermeira, para mim a enfermeira só lhe falta é drogar-se. Claro que eu não quero que ela o faça (*riso*), mas...não é só a gente ter um canudo. Sinto-me compreendida por ela. Conhece o meu historial todo e sabe...dos problemas todos que eu tenho. E eu não tenho onde me agarrar. Ela praticamente é como se fosse um membro da minha família que eu não tenho (*emociona-se*)...é a irmã mais velha que eu nunca tive.

Eu sou honesta com ela porque...quando faço asneira, agora não acontece, mas se fiz asneira e vou fazer o teste, “enfermeira, eu vou fazer o teste, mas isto vai dar positivo...eu fiz asneira”. Porque eu fazia asneira e dizia assim “Eu lembra-me do seu teste...enfermeira...vou fazer o teste... mas isto vai acusar...”. “Então Lucinda, partimos do início outra vez? Assim nunca mais chegamos, nunca mais chegamos a bom porto...”. E ela bimba, bimba, bimba, bimba, bimba...“o que é que se passou? Diz-me lá, conta...”. Claro, dá-me nas orelhas, “Então, então...mas tu não podes-te ir abaixo assim...não...tu és sozinha, mas ao mesmo tempo tu és uma grande mulher...porque tu tens quarenta e nove anos, tens tantos problemas...tu já viste que a maior parte das mulheres não têm ninguém e tu tens, estes anos todos, que nós já nos conhecemos...pouco a pouco tu tens, vais, vens, recais, mas...”. Às vezes há palavras que nos doem mais do que uma

bofetada...e depois entro nos eixos e vejo que ela tem razão. Consegue com que eu ponha a mão na consciência...e digo para mim...é isso, finalmente ela tem razão. Quando tenho recaídas é porque tou mal...tou mal psicologicamente mas depois entro logo também em euforia e depois logo a frustração...logo. Mas eu já tou farta de saber que é assim, mas é assim que me calha sempre. Também já tive problemas com a bebida...que é isso que a enfermeira tem mais medo...tem mais medo de mim propriamente com o álcool do que propriamente com a droga. Que eu cheguei a pontos de ir comprar bebida e ir beber para casa...porque as pessoas não sabiam. Eu até há já não sei quanto tempo é que houve aí, que eu andei bem, andava bem...*(suspiro)*...nem andava a beber, nem andava com consumos...e vinha cá consultar a enfermeira. Fazíamos mesmo questão de ter consulta as duas. Agora foi ao fim de um mês, tive uma recaída pronto. Mas se eu tivesse, tivesse deixado arrastar, eu ia mesmo ao fundo do poço e...sei lá...talvez já não voltasse a cima. Porque tou com problemas de saúde, tou...o meu companheiro faleceu...*(emociona-se e chora)*...foi tudo ao mesmo tempo. Mas eu antes que a coisa se aprofundasse mais, vim logo aqui ao fim de um mês. Vim aqui ao fim de um mês e pronto, eu pedi para ficar com a doutora *(a enfermeira)* e ela assim..."Nem podia ser de outra maneira...ficas comigo.". Sinto-me compreendida por ela diz-me assim "Mas tu...eu compreendo, tu...tu sabes que fizeste porcaria e...se não vens cá...mas pronto, agora vieste ao fim de um mês, porque viste que se não viesses cá que ias até ao fim do poço e já não voltavas mais...com tantos problemas que tu tens...". Quando vai abaixo, sei que tenho o ombro dela *(sorri)*. Tenho ali um ombro amigo. Ela não é só a minha terapeuta, não é só a minha enfermeira...é o meu ombro. É um ombro que eu tenho aqui *(silêncio)*...

Tenho quarenta e nove anos mas parece que já vivi cem *(silêncio)*... Não é fácil. Há sentimentos que às vezes uma pessoa quer descrever-los e não há, não há palavras que possam descrever, só nós os sentimos... e eu não sou boa a falar. Nem eu tenho estas conversas com mais ninguém, não é? A não ser com ela. Falo abertamente com a enfermeira coisas que eu às vezes nem quero falar e não sei quê, mas...nesse momento "Ah, há aí mais alguma coisa..." e eu acabo por...*(sorriso triste)*...depois uma coisa leva à outra. As coisas do passado, o passado nunca se deve esquecer para que ele nunca se volte a repetir. Mas também há certas coisas do passado que a gente...por exemplo, a morte de uma pessoa querida que nós perdemos,...são coisas que eu ainda não associei bem. *(A Lucinda perdeu o seu companheiro há um ano)* eu nem sabia onde é que ele tava enterrado, porque ele morreu na cadeia...e foi ela que me ajudou...a saber onde é que ele tava enterrado...e eu fartava-me de gastar dinheiro a telefonar para aqui e para ali e para aqui e não conseguí. Ela conseguiu. E isso é...isso e outras coisas mais...devo-lhe muito. Era importante para mim...muito importante *(silêncio)*...

"Tens que ter mais força...". Ela tá-me a querer sempre a levantar o ego, sempre, sempre, sempre. Eu tenho alturas que ando mesmo...de rastos...ela pôs-me as tomas para eu levar para casa, mas já me está a dizer "Lucinda, não te vais fechar em casa. Eu

vou-te dar as tomas mas isso não é caso para tu te fechares em casa, dias inteiros a fio. Sai, vai para a rua, vai para o parque...”. Levo as tomas para casa...e escuso de vir aqui. Mas posso agradecer à enfermeira. Agora vem o inverno...eu teria que gastar do meu dinheiro as passagens, tar aqui às vezes com pessoas que...para mim não me dizem já nada. É fulano que um tem uma heroína melhor, é fulano tem uma branca melhor e...é comprimidos, e é piriquitos e é isto e é aquilo...e isso são conversas que a mim já...tô saturada. Tô saturada. É um voto de confiança bem grande. Que eu tô cá desde catorze de setembro (*há mês e meio, desta vez*)...muitos estão aqui meses e meses e só podem levar quando tão a trabalhar.

Pronto. Há uma flexibilidade, até nas marcações. Não é só quando temos consultas. Eu posso esperar que ela acabe a consulta e se ela tiver outra consulta...ou falo ali o que precisava de falar com ela e ela diz-me “Então olha, vem cá à tarde, vem cá à tarde...um tempo tenho para ti”. E são esses bocadinhos, são esses momentos que me agradam, que me absorvem. Caem bem. Chegou a telefonar-me para o telemóvel. Ah, tantas vezes. Telefonaram-me daqui do CAT três e quatro vezes e eu não ouvi o telemóvel a tocar. “Ô Lucinda, então eu tô farta de lhe telefonar e você não ouve o telemóvel?...”. “Eh, eh enfermeira, eu tenho o telemóvel desligado, ou tá no voice mail...”. E ela “Atão afinal a consulta é dia tal, é dia doze, não é dia dezasseis”. Não falto. Sinto-me confortável. E às vezes já passa da hora da consulta (*riso*).

Quando venho bem...vejo que ela também fica, fica contente. Fica, parece que para ela...eu acho que a enfermeira leva isto muito a peito. Leva isto muito a peito e para ela parece que é mais...não queria dizer troféu, porque ela não iria gostar que eu dissesse isso,...mas...é como o chavão: faz a tua boa ação hoje do dia, pronto. Ajuda uma velhinha a atravessar a estrada. E ela fica contente com os meus progressos. Sinto isso nela. Até ela agora arranjou uma nutricionista (*risos*) porque eu acho que tô muito gorda. Quer dizer, tudo para eu sair à rua (*risos*). Falei-lhe, disse que tava muita gorda, “Diga lá, peça lá à doutora...(nome da médica da Equipa de Tratamento) que me receite qualquer coisa para emagrecer que eu tô-me a sentir muita gorda. Isto é da metadona, apesar de ser pouca”. E ela diz-me assim “Atão olha, eu tenho melhor para ti. Temos cá (*risos*) uma nutricionista e ela depois dá-te alguns conselhos (*risos*), algumas receitas para emagreceres.” E eu “Quer dizer, isto é só para eu vir cá para você me ver, tá-me a arranjar uma nutricionista. Quer dizer, não venho cá todos dias mas acabo por vir cá duas vezes por semana na mesma (*risos*)”. Fico contente com esse interesse, é uma malandrice. To-me a rir, prontos (*risos*).

A enfermeira até fala muito sobre mim à assistente (*social*)...e se não fala, até sou eu própria às vezes que digo para não falar. “Não fale, não fale, por favor não fale...não vale a pena porque eu não quero que ela teja a pensar que...eu sou mais...aqui somos todos iguais...devíamos ser tratados todos iguais, porque somos todos iguais”. Eu tô sempre com medo de tar a tirar o lugar aos outros...porque é que eu hei de ter uma consulta duas vezes ou quatro vezes no mês...e os outros só hão de ter uma? “Eu não quero que

a doutora assistente social tenha uma ideia distorcida de você ser minha terapeuta”. Não a quero prejudicar em nada. Eu sei, tenho os meus direitos...mas pronto, não...*(silêncio)*. Já fiz um pouco de tudo na vida, já tou como Saramago...esse Deus, esse filha da puta, esse ganacioso...se ele existe...é muito injusto *(silêncio)*...*(a enfermeira)* dá-me muita força...eu não preciso só de medicação. Vou daqui com uma paz...uma paz interior...vou bem. Eu saio daqui mais leve. Deixo cá as minhas frustrações *(emocionada)*. Eu posso falar de tudo, de tudo, tudo, tudo o que me vai na alma que ela tem sempre uma frase amiga, tem sempre um...gesto, uma palavra, uma palavra banal, simples...de conforto...e que isso me ajuda...eu vou...chego lá fora, puxo do cigarro e vou a fumar devagar e...vou à beira mar, tenho o autocarro...e vou a pensar...em tudo. A nossa conversa vai no meu coração...eu rebobino a cassete e vou...ouvindo tudo o que ela me diz...levo a conversa comigo. E vou bem.

Os meus projetos é que eu recupere...recupere...o mais depressa possível do problema de saúde que eu tenho...para que eu possa levar uma vida normal, como qualquer outra mulher *(emociona-se)*... Vejo o CAT a fazer parte disso, com a enfermeira, vejo. Sem a enfermeira não vejo...

Narrativa do Vítor (10)

Já consumi muita droga, gostei de a consumir, não posso dizer que não. Ninguém é obrigado a drógar-se, não é? As pessoas fazem é porque gostam, digo eu. É o gozo da droga. Eu gostava de me drógar e gostava do efeito da droga...mas ao fim e ao cabo a droga vem prejudicar a vida de uma pessoa. Gastar o meu dinheiro todo e às vezes ter que...roubar ou...é sempre mau. É a parte má. Havia a parte do gosto e a parte...prejudicou-me muito a minha vida. Uma pessoa quando dependa da droga é sempre prejudicado.

Eu já tomava metadona mas era na Bélgica, lá nem sequer era acompanhado por ninguém. Depois adoeci e vim para Portugal. Adoeci com uma tuberculose. Tava doente, não podia trabalhar nem nada, tava numa fase difícil...vim para cá. Não era que na altura consumisse muitas drogas, mas como tomava lá a metadona, vim para cá...continuei a tomar a metadona, acompanhado aqui no CAT. Desde o princípio...até agora...tenho sido acompanhado pela enfermeira. Pensei que tinha que me tratar e era a pessoa que me tava a ajudar. Eu não sou grande conversador, têm que puxar às vezes um bocado por mim para falar alguma coisa. Não sou grande conversador mas gosto de fazer-me explicar mas às vezes não sei... a enfermeira tem-me ajudado...eu não me abro com muita gente.

Sempre que faz falta alguma coisa, vou ter com ela... tenta ajudar, ela é super prestável naquilo que pode. Ela às vezes também não pode fazer muito, não é? Mas...tenta sempre ajudar.

Eu sou sincero, não é? Às vezes há aqueles problemas que a gente tem e...recaímos, como já me aconteceu uma vez ou duas. Recair é sempre mau...é uma estupidez, como se diz. A gente já sabe o mal que faz e sabemos (*suspiro*)...aquilo que é! Eu quando sei que vou apresentar um teste coiso já sei que fiz asneira. Eu arrependo-me às vezes mesmo, já quando me tou a drogar por exemplo, tou a fazer aquilo e já tou a pensar que não o devia ter a fazer, mas pronto...olha...siga. Se cometo erros, sei bem que os cometo, mas...como é a enfermeira que me tá a acompanhar, digo sempre o que é que se passa, não é? E chego aqui e digo isso "Prontos...já...meti a pata na poça...". Faço o teste, dá positivo...mas digo logo "Olhe, já não consumi mais e para a semana já dá positivo". E prontos, sempre que consumo...reconheço o meu erro. E tento não voltar a fazê-lo. Então ela tenta saber o motivo, porque é que foi. Ela tenta ver sempre...ir ao fundo do problema que a gente teve. Saber o que é que a gente, qual foi o problema e porquê. Digo sempre a ela porque é que consumi. Não tenho que esconder porque acho que não há mal nenhum e acho que só me vai ajudar, não é? Assim se disser qual foi o problema ela pode-me ajudar. Nem que seja uma palavra amiga, só, mais nada. Crítica não. Ela não é pessoa que fale com crítica. Nunca houve uma má palavra da parte dela. É sempre bom ter...uma pessoa que compreenda a gente. É uma pessoa...que fala meiguinho..."Veja lá não faça e..."...tentam sempre ver se ajudam nalguma coisa. Acho que tenho sido sempre bem recebido. Só se uma pessoa se chegar aqui e se portar mal,

começar aos gritos... Há compreensão mas também há limites. É o trabalho delas e acho que o fazem bem. Pelo menos não se vê grandes algazaras, nem se vê grandes coisas. A gente quando começa a tomar metadona dão-nos um papelinho, tipo contrato. Temos que fazer isto, aquilo, aqueloutro, se houver testes positivos acontece isto, aquilo, aqueloutro, se faltarmos a consultas...prontos, há os castigositos, como se diz. Se eu meter a pata na poça, eles...cortam-nos as rédeas, não é? Se houver um teste, como houve, o teste coiso (*positivo*), tinha que cá vir todos os dias! Isso eles não perdoam, há aquela regra. Enquanto o teste não der negativo, eles não dão novamente para levar para casa, há as regras não é? Vim cá todos os dias como os outros e pronto. Depois noutra semana já deu negativo, já levei para casa. Todas as semanas faço o teste, tem-me dado negativo...é melhor. São os benefícios, claro. Levar para casa e...e tarmos descansadinhos da vida sem ter que cá vir todos os dias é muito bom. Levo (*a metadona*) para casa. Venho cá uma vez por semana e levo para casa. Para mim é melhor...sentir que confiam em mim.

É preciso a gente ter controle na metadona. É preciso saber tomar conta dela. Tenho lá a minha metadonazinha, todos os dias tomo a minha (*suspiro*)...e tou descansadinho da vida, não é? Não penso em drogas, não penso em nada e sim, ajuda-me. Esforço-me sempre por portar-me bem. Temos que chegar cá e mostrar os testes bons...e temos que fazer por isso. Eu faço por ter um lugar aqui no CAT (*riso*). Enquanto cá andar pelo menos sinto-me seguro.

Há o tal acompanhamento...se quisermos conversar há aquela pessoa que nos ouve. Já falei um bocadinho com ela de tudo...acho que sim. Já tivemos muitas consultas. Geralmente é ela que marca. Saio daqui e marca para daqui a um mês, por exemplo. Tenho falado de muitos temas com ela. Falado de muita coisa...falado de tudo, da vida...de tudo. Pergunta-me se tou bem, se preciso de alguma coisa, tenta sempre saber o que é que se passa pela minha casa...se a minha mãe sabe, como é que eu me dou com a minha mãe e com o meu padrasto. Houve sempre essas perguntas desde o princípio, como é que era a minha vida familiar...sempre desde o princípio.

A minha família perdeu muita confiança em mim (*suspiro*)...deixaram-me de me falar. O meu irmão, tenho tudo o que quero dele, se eu não andar na droga. Mas se andar na droga, “Éh pá, queres andar na droga, vai-te embora, vai-te por longe de mim...”. Agora...tar em tratamento para ele é a mesma coisa que não tar na droga. Tou na casa dele...abriu-me logo a porta. Na altura se eu tivesse na droga o meu irmão não me abria a porta. Desde que eu não ande na droga, ele...ajuda-me em tudo. Não era a mesma pessoa que é agora. Somos da família temos que se ajudar uns aos outros. A droga degrada...a pior parte é essa, as pessoas perdem a confiança na gente...não nos ajudam, às vezes até nos prejudicam...é essa a parte má.

Fui recuperando, ao longo dos tempos, mas nunca...(*sorriso triste*) nunca há de voltar a ser...como antes...claro. Há sempre a desconfiança. Por exemplo, ela (*a mãe*) esqueceu-se...pensava que tinha dinheiro na carteira mas...o dinheiro tava noutro sítio

não era? Não sei onde é que tava nem imagino. A primeira coisa que ela pensou foi que eu lho tinha roubado o dinheiro...“Porra, então ao fim de tanto tempo ainda não tens confiança em mim? Porra”. Há sempre essa desconfiança...essas partes também doem à gente. Na altura a minha mãe nem sequer sabia que eu tomava metadona. Ela não soube quando comecei a fazer o tratamento mas acabei por lhe dizer...já depois de cá estar. “Olhe a minha mãe já sabe...” “Ah, atão depois traga-a consigo um dia...”, ela (*a enfermeira*) é que foi a própria a dizer...”Tá bem, assim, quando isto tiver mais calmo, atão depois eu trago-a...”. Passado dois ou três meses ela quis vir comigo, mas ainda não acabou por vir. há de vir um dia aqui comigo...para conhecer a enfermeira, para dizer como é que funciona isto. Dizer que eu não ando a consumir drogas, que a gente fazemos testes todas as semanas...esse tipo de coisas. Porque a minha mãe é uma pessoa muito...como se costuma dizer, é assim um bocadinho atrasadinha, atrasada nesse aspeto...das drogas e coiso. Para ela a droga é uma coisa muito...é um horror. Como tem sido, não é? Acho que se a enfermeira for explicando as coisas como ela explica, acho que ela fica a perceber...um bocadinho melhor o que é isto. É muito bom para ela ficar a saber isso da boca de uma enfermeira. É sempre bom, fica mais descansada, eu acho que sim. Mas há de vir cá um dia.

Sinto que me tem ajudado até agora. Sinto-me bem. Por exemplo, a enfermeira isto dos dentes...eu tenho os dentes todos estragados...a enfermeira disse que podia ir para Lisboa arrancar os dentes e arranjar a boca e tudo “Olha, a assistente social pode-lhe arranjar tais sítios para você...há este tipo de tratamento...você tá interessado?”. Como eu sou seropositivo posso ir à Abraço e arrancar os dentes de borla. E eu “Claro que sim, tou interessado não é? Arranjar a boca é uma despesa cara, para uma pessoa pagar. Se a segurança social me pode ajudar eu agradeço. Agradeço bastante, até”. Ela tem-me ido dar essas dicas e eu digo sim ou não, se quero, e não quero. Se houver uma coisa que não me interessa, digo que não. Não é? A decisão é sempre minha, não é? Não comecei porque não tinha esse dinheiro para lá ir. E agora como tou a receber o rendimento mínimo, já posso...até vou falar com ela hoje para começar a arranjar a boca e...para ver do trabalho. Já há alguns tempos que eu tou à espera de trabalho. Isso do trabalho, olhe, “Há xis trabalho assim, assim, você tá interessado?” “Claro que sim, eu preciso de trabalho”. A assistente social com a enfermeira, tão a ver se me arranjam trabalho aí para uma Junta de Freguesia. Não se ganha muito mas...é sempre bom ter um trabalho certo, sei que posso chegar ao fim do mês e que posso pagar a minha rendinha e tenho dinheiro para comer. A principal parte é essa agora do trabalho...e acho que agora tá aí a assistente social que vai falar comigo a dizer o que é que se passa. Mas se não tivesse a assistente social a enfermeira ocupava-se sempre dessa coisa, ou ficava de falar com ela ou telefonava, e depois dava-me o recado, o que é que fosse. Às vezes não tá cá a assistente social e eu pergunto-lhe a ela. (*A enfermeira*) entra em contacto com ela (*a assistente social*) e dá-me um recado. Eu já cheguei aqui a perguntar o que é que se passava, mas foi com a enfermeira que eu falei sempre. “Olhe...o que é

que se passa com a assistente social, ainda não me deu resposta...”. A assistente social não tar e ela depois telefonar-me a dizer o que é que se passava...já ouve uma ou duas vezes. Lá nessa parte eles são...cem por cento espetaculares. Têm sido sempre ótimos para ajudar. Têm-me ajudado sempre em tudo. Sempre, sempre. Falam todos em conjunto para ver se me podem ajudar nalguma coisa, não é? Sei que ela (*a enfermeira*) fala com a assistente social e com o médico (*do Hospital*) também. Sempre que há alguma coisa...tão em conjunto, aliás, até o médico do hospital já chegou a telefonar para cá. Houve essa parte das reações aos medicamentos, sei que eles falaram! Tanto que o médico disse-me como a enfermeira também. Eu tive com reações a medicamentos e eles tiveram que falar uns com os outros, para saber o que é que se passava. Foi tudo feito como deve ser. Tanto da parte do médico, como daqui do CAT...foram um espetáculo. Foram cem por cento, não é? Ajudaram-me em tudo. Só não ajudam naquilo que não podem, não é?

Já recuperei e ando melhor. Agora nem bebo álcool, nem fumo nem nada. Fumo um charrinho de vez em quando, só. É a única coisa que eu faço. E também digo à enfermeira que é a única coisa que faço (*riso*). Soube que era seropositivo...e foi nessa altura veio tudo junto e pensei “Porra se quero viver mais uns aninhos, não posso nem drogas, nem...tenho que fazer os tratamentos...tanto do HIV como da tuberculose” e foi isso que fiz. Pus na cabeça...que ia viver. É o que eu tenho feito. Foi quanto ganhei. Se eu quero cá tar...(*riso*) é melhor andar sossegadinho, senão...pronto. Se eu me começo a drogar pronto, de um dia para o outro, começo a ficar fraco e prontos, e vou. Porque as drogas...há um vício...eu chego a sonhar, durante a noite, que me tou a drogar, e pensar mesmo que tava a injetar. É uma coisa que fica cá dentro...que as pessoas raramente se esquecem. Quem se meta na droga, tem que levar com o lema, pode não se drogar o resto da vida, mas tem que levar com aquela...com aquela em cima, com aquela coisa, a droga, a droga, a droga...Fica sempre lá, marcado. É como se fosse o primeiro amor, por exemplo. Dizem que a gente nunca se esquece do primeiro amor...mas...a droga é quase a mesma coisa...fica cá marcado. Fica marcado mesmo. Nem que teja cinquenta anos sem se drogar.

A minha vida não tá muito fácil, mas...penso que vou conseguir...resolver. Reconhecer os erros é sempre um bocado...mau, não é? É sempre um bocado difícil, reconhecer os erros...mas uma pessoa quando reconhece os erros é bom...já sabe. Acho que tem é que pensar sempre em não o fazer. Tenho sido bem tratado. Vou continuar o meu tratamentozinho. Pode haver uma recaída, nunca digo que não volto lá...vou tentar fazer tudo corretamente, não é? Tentar...como se diz. Vou seguir a minha vidinha, continuar o meu tratamento, nem que seja cinco ou seis anos, ou sete ou oito. Tenho pena de não ter trabalho. Essa é a única coisa...que não me leva a fazer uma vida melhor. É só isso, mais nada.

Narrativa do Rui (11)

Passei muitos maus bocados...quando falo nesse assunto até me vem lágrimas aos olhos, que eu dormi na rua muitas vezes...passei noites fora de casa...meti-me na droga aos catorze anos...aos dezasseis meteram-me na rua...não tinha onde viver e...dormi na estação dos comboios. Corriam comigo da estação dos comboios, os senhores dos comboios, cheguei a dormir no parque...num banco do parque à chuva, tapado com jornais...a chover em cima dos jornais e eu acordar molhado.

Tinha sido (*acompanhado num CAT*) em dois mil e três e fui...detido por roubo, estive detido. Há bastante droga dentro das cadeias...eu consumia lá dentro...e optei por tomar metadona dentro do estabelecimento prisional. Era acompanhado por uma psicóloga que estava aqui na altura...e tomava metadona lá! Deixei de consumir heroína lá! Quando sai deixei de tomar! Nunca mais vim a consultas nem com psicólogos nem com nada. Estive bem até dois mil e nove...e recaí, na heroína, novamente.

Fui encaminhado pela minha mulher. A minha mulher veio aqui, ao ET! Explicou “O meu marido está na situação da toxicodependência dependente de heroína...está a necessitar de ajuda, não sei quê e coiso...” e marcaram-lhe os exames...deram-lhe as credenciais...ela entregou-me as credenciais para a mão e disse “Olha, tens estes exames para fazer e tens uma consulta no ET”. E eu aceitei, claro que aceitei. (*A vida estava*) bastante péssima, estávamos com uma série de problemas, estávamos com dificuldades de pagamento da renda da casa...havia falta de dinheiro...não sei quê.

Foi-me atribuído o enfermeiro como terapeuta. Achei uma pessoa bastante nova, começamos a falar, a falar, não sei quê, acabei por descobrir que somos praticamente da mesma idade, começamos a falar com...mais à vontade e acabámos por...qualquer problema que eu tenha, dirijo-me a ele e falo abertamente! Falo abertamente.

Ao início ele disse-me “Rui queres fazer um teste?”. Eu disse “Ah, eu vou fazer um teste vai acusar isto, vai acusar isto ou vai acusar aquilo...a heroína vai dar negativa porque eu desde que tomo a metadona a heroína sempre deu negativa, mas vai acusar cocaína porque eu esporadicamente consumo...”. Não havia se calhar necessidade de fazer o teste.” “Ah...mas...fazes o teste na mesma”. “Faça, faça o teste na mesma que eu preciso do teste feito para...apontar no papel”. E o teste confirmava cocaína positivo com o segundo tracinho muito sumido, que já tinha sido há quatro ou cinco dias”. “Tu tens que deixar isso, tens que deixar isso, tens que deixar isso...”.

Depois (*falou com a médica*) e passou-me um medicamento que foi o topiromato, para me cortar a ansiedade e tirar-me a vontade de consumir...a cocaína.

Ele ficou um pouco desapontado foi quando eu lhe disse “Ah, o topiromato não me tá a fazer efeito nenhum...eu vou deixar de tomar isto...” E dois dias depois fui consumir cocaína...e seis dias depois fui fazer um teste...e acusou cocaína. E ele disse-me “Deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Eu disse-te que o topiromato, desde tavas a tomar o topiromato nunca consumiste cocaína nos testes que fizeste. Deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Tavas a dizer que o topiromato

não te estava a fazer efeito nenhum e afinal deixaste de tomar o topiromato e foste consumir cocaína. Como é que é a nossa situação? O que é que nós vamos fazer?”. “Enfermeiro, traga-me o topiromato, eu vou voltar a tomar.” E estou a tomar o topiromato novamente. (As decisões) são tomadas em conjunto. O que é que nós vamos fazer em relação ao...topiromato, cocaína, consumos...

Que eu tenho bastantes reuniões com o enfermeiro... às vezes desabafo assuntos...que são para ser falados com psicólogos...falo-os com...o enfermeiro...e...eu desabafo essas coisas todas com ele. Prontos. Eu digo desabafar, eu digo desabafar...isto para mim não passa de um aperto no pescoço que eu tenha que...soltar! Às vezes venho com aperto. Às vezes venho com aperto. Problemas em casa...discussões com a mulher...ter de levantar cedo...muito, muito cedo...levar a menina à ama...vestir a menina...levantar muito cedo...muito frio...levar a menina à ama...voltar p'á cama... a CAT ainda NEM ABRIU (*levanta a voz*) quando eu volto p'á cama...depois levanto-me outra vez para vir à CAT...e isso vai acumulando, vai acumulando, de semana para semana, de semana para semana...eu se tiver uma consulta de dois em dois meses com ele...em dois meses isso acumula, acumula, acumula, acumula, vai enchendo, vai enchendo, vai enchendo, eu chego aqui...(inspira e expira profundamente)...descarrego! Descarrego com o enfermeiro e ele ouve-me e tenta-me dar, digamos que uma palavra amiga...”E tens que aguentar”...e é o que ele me diz “Tens que aguentar, é a tua vida, a vida é assim.

Descarregar um peso das costas. Descarregar um peso das costas. Venho com uma cruz de pedra em cima das costas. Venho assim (*curva-se para a frente de forma pronunciada*)...e quando saio daqui saio (*endireita-se e respira fundo, teatralmente*)...saio assim...mais aliviado, mais...mais coiso. Parece que deixei o peso em cima das costas do enfermeiro e...sabendo eu que a ele não lhe pesa nada. Prontos, digamos que...os meus problemas a ele não lhe vão pesar...ele se calhar vai ficar a pensar nos meus problemas mas não...não lhe vão pesar. Não é? Os meus problemas não, não vão afetar a vida dele.

Eu também penso e bastante, durante as nossas conversas...eu quando estou a falar com ele de um, eu quando estou a falar com ele de um problema, estou a pensar nele, no problema. Estou-lhe a dizer “eu tenho que me levantar muito cedo...tenho que vestir a menina, levá-la à ama, depois tenho que voltar para casa, esperar que a CAT abra, para vir à CAT, tomar a metadona...”. Tou a expressar isso ao enfermeiro, estou a descarregar o meu problema para me aliviar e tirar um peso de cima das minhas costas, mas estou a pensar no meu problema. Estou a pensar “Tem de ser. Esta é a minha vida e eu tenho de a viver porque a minha vida é assim”.

Conhece as minhas necessidades e eu falo bastante com ele, desabafo bastante com ele...conto-lhe a minha vida. Conto-lhe bastante a minha vida, principalmente as minhas dificuldades agora. Nunca falei da minha história com ninguém. Com ninguém. Só a minha esposa é a única pessoa que conhece a minha história. Não é um assunto que eu particularmente...me agrade muito falar...ahhh...é um assunto que a minha esposa

conhece. *(Com o enfermeiro)* não senti necessidade, nem...nem gosto muito de falar desse assunto. É um assunto que eu prefiro esquecer! Até ao momento em que entrei para a cadeia não tive vida. Não tive vida, não vivi, não existi, não...para ninguém, nem para psicólogos nem coiso. Nunca surgiu esse assunto...eu entrei para a cadeia com vinte e três anos, sai da cadeia com vinte e cinco e dos vinte e três anos para trás...nunca houve uma frase da minha história...aqui no ET. *(silêncio longo)*.

Desde que eu sai de casa e vivo, desde que eu sai de casa e...sou casado e eu, a minha esposa, e vivemos eu, a minha esposa e a minha filha, os assuntos aqui na ET só eu, a minha esposa e a minha filha. Prontos, não passa daí. Falo muito, falo muito *(com o enfermeiro)*. Nós estávamos quase a separar, por causa da minha situação da droga e da situação dela *(a companheira com quem vive com a filha dos dois)* com o álcool. Através disso trouxe ela através de mim para o CAT. E eu e o enfermeiro fizemos uma reunião em que ele perguntou à minha esposa se queria participar na minha consulta...ela disse que participava, sim senhora. Falámos sobre os meus problemas, ela teve a assistir e depois ele virou-se para ela “E agora vamos falar dos seus problemas, o Rui pode assistir? Vamos falar sobre o seu problema com o álcool. O Rui pode assistir?”. Ela disse “Pode sim senhor. Tenho um problema com o álcool, o álcool tem um efeito em mim um bocado estranho e não sei quê.” E está cá em acompanhamento. Ela tá a tomar um comprimido aqui que é meio comprimido por dia que ela não pode beber, ela não bebe álcool. Foi daqui que lhe deram o trabalho. Foi a assistente social daqui. Eu deixei de beber álcool...para a acompanhar, numa de acompanhamento, digamos de solidariedade. Deixei de beber. Bebo sumos e coca-cola com ela lá em casa.

Ajudou, somos os dois seropositivos...nós tamos juntos e felizes...se calhar graças à ajuda dele, e não só...a psicóloga dela que também é minha psicóloga, também nos ajudou aos dois.

Às vezes marca-me uma consulta, outras vezes dá-me conselhos...mesmo como enfermeiro que seja...sem psicólogo ser, tenta-me dar um conselho...dentro da sabedoria dele... daquilo que ele sabe, da experiência dele tenta-me dar um conselho. Outras vezes, quando é um problema assim...mais grave e não sei quê, diz “Olha, esse problema não sei quê vou apontar aqui na minha agenda, vamos marcar uma consulta para o psicólogo, que tu tás a precisar de...de falar com ...tás a precisar de falar com um psicólogo e acho que o melhor é...é falares com um psicólogo, que ele é a melhor pessoa para falar contigo sobre...esse ou esses problemas...isso são assuntos para falar com um psicólogos, não sei quê...”. O papel do enfermeiro tem sido o encaminhamento para todas as consultas, para assistentes sociais, psicólogos...tudo. Falo com o enfermeiro...ele trata-me das consultas, no espaço de uma semana tenho uma consulta marcada, o enfermeiro trata-me disso tudo. “Senhor enfermeiro, estou-me a sentir assim, assim, precisava de ajuda a este nível. O que é que você pode fazer...em relação ao meu problema?”. “Olhe, olha, vem cá daqui por dois ou três dias que eu falo contigo...”. E daqui por dois ou três dias eu passo cá à hora marcada e ele diz-me “Olha, daqui

por...uma semana vem cá, tens uma consulta marcada com tal pessoa e... tens uma consulta marcada com o doutor tal e ela vai resolver o teu problema”. O enfermeiro, como meu terapeuta! Ele é que me encaminha para essas consultas todas. É a ele que eu me dirijo e ele trata-me disso, o mais rapidamente possível. Ele trata-me disso rapidamente. Porque se eu for aqui ao guiché do ET e pedir, é capaz de demorar dois, três, quatro meses, até eu ter uma consulta porque não há agenda “Ai, só p’a daqui a dois ou três meses é que você terá uma consulta”. Eu vou direito ao meu terapeuta, ao enfermeiro...”Olhe, hoje tamos a dez...dia dezassete venha cá que você tem uma consulta”. Num espaço de sete dias eu tenho uma consulta com um psicólogo, venho cá ...e tenho uma ajuda a nível psicológico. O doutor tem sido uma grande ajuda, o enfermeiro perdão, peço perdão. Eu confio, eu até lhe passo as informações se calhar a cem por cento. Mas ele se calhar não deve passar as informações a cem por cento aos outros técnicos. Eu penso que já tiveram informações passadas pelo enfermeiro. Não completamente! Não todas, não todas. Assim...tiveram informações por alto. “Esta pessoa está-se a sentir assim, assim, precisa de uma ajuda mais ou menos assim! E precisava de falar consigo.” Mas não diz tudo. “Ahhhh é melhor você falar com ele que ele explica-lhe melhor a situação...”. E eu quando lá chego, eu é que explico a situação, eu é que falo, ah...eu penso que seja para que a consulta seja marcada para que a pessoa fale comigo diretamente. Porque senão a pessoa falava diretamente com o enfermeiro e o enfermeiro passava-me a informação a mim! E assim a pessoa sente-se na obrigação de falar comigo, para conhecer o problema diretamente. Porque se ele passar as informações a cem por cento aos outros técnicos, os outros técnicos passam-lhe uma informação e pedem-lhe para ele me passar a informação...a mim! E...a consulta já não vai existir. E passado um dia ou dois venho aqui e encontro-o e ele pergunta-me “Atão, como é que correu a consulta, como é que foi?” Ele sente-se preocupado em perguntar “Como é que foi? Como é que correu a consulta? Correu tudo bem? Como é que foi a conversa, com a doutora ou com o doutor? E...foi tudo bem? E não sei quê...” Que ele é uma pessoa que se preocupa bastante...pelo menos da minha parte. Eu não sei como é que é ele como terapeuta para com os outros, que ele é terapeuta de mais pessoas. Eu não sei como é que é ele com os outros. Eu tou a falar dele como terapeuta...no meu caso. Ele comigo funciona desta forma.

Agora, como vim para aqui, já começaram a aparecer umas assistentes sociais...já me deram o combinado para trabalhar...vão-me dar rendimento mínimo. Como eu estou aqui, arranjaram trabalho para a minha mulher, o trabalho é provisório está p’acabar em maio, é uma ajuda agora para o Natal. Ela vai continuar a receber o rendimento mínimo mais o ordenado...temos a ajuda mais do abono dos miúdos...mais o meu rendimento mínimo. Vão-me arranjar os dentes para eu ter um...uma apresentação mais ou menos. Foi o que a assistente, foi proposta da assistente social! Depois, numa reunião com o enfermeiro, falei-lhe nessa situação. Querem que eu engorde mais um bocadinho. Eu estava super magro. Estou muuuito melhor. Você via-me há dois meses atrás, eu...tinha

covas, aqui na cara. Eu estava assim (*faz covas na cara e mostra-me*)...eu tinha covas na cara...eu não tinha óculos, o dinheiro não chegava, agora tenho dois pares...três. Depois a própria segurança social quer-me arranjar um trabalhinho para eu...melhorar a minha vida para...a minha situação...ser um pouco mais estável.

Deixei de consumir heroína e a minha vida finalmente começou-se a endireitar. Estava prestes a perder a minha mulher, a minha filha, a minha casa...e agora...recuperei tudo de novo. Tenho a minha casa, vivo com a minha mulher, vivo com a minha filha. Nasceu saudável ela. Nós somos os dois seropositivos e ela nasceu saudável, graças a Deus. Graças a Deus. E nós estamos a levar a nossa vida para a frente e tamos a fazer as coisas assim. Ainda há um looooongo caminho a percorrer. Do enfermeiro em particular...não...não espero grandes expectativas. Espero mais do ET que do próprio enfermeiro...do ET no seu conjunto de...enfermeiro, psicólogos...assistentes sociais.... Espero mais do ET num todo, do que do enfermeiro só. O enfermeiro só é uma pessoa em quem eu confio bastante porque é uma pessoa que é o meu terapeuta, é uma pessoa da minha, mais chegado à minha idade. E...eu falo mais à vontade com ele. É uma pessoa que eu sou capaz de tar a falar com ele e até sou capaz de largar um...uma asneirada para o ar e coiso...e se calhar até sou capaz de “Desculpe lá senhor enfermeiro, saiu...” até...por respeito, porque tou a falar com um enfermeiro, é uma pessoa que estudou e eu não...praticamente não tenho estudos, tenho o sexto ano e foi tirado dentro da cadeia.

E é basicamente assim, eu espero mais do ET num todo com a participação de todas as pessoas, do que, do que do enfermeiro...só. (*O enfermeiro é*) como uma porta de entrada para chegar mais rápido...às outras necessidades do ET. Tem-me sido mais fácil chegar a outros sítios do ET através do enfermeiro. Tem-me sido mais fácil. Porque ele tem-me ajudado bastante e ele tenta-me ajudar o máximo, o máximo possível. O que pode, que ele não faz milagres. Dentro do que pode, aqui dentro, dentro do que pode, tem feito bastante aqui no...aqui no ET.

Narrativa do Fernando (12)

Eu já tive...já tou há algum tempo...desque abriu. Já vim de outro CAT...e...pronto, desde abriu já tou cá. Mas já tenho tado muito tempo fora...ou ter recaídas, ficar bom...pronto. Tar um tempo bom...e depois voltar a precisar...pronto, precisar outra vez, infelizmente e ter que voltar, não é?

Sim, às vezes uma pessoa recai e não sei quê e...pronto, tem que voltar cá outra vez. Foi o que me tem acontecido.

Porque eu, eu fui trabalhar, fui trabalhar para fora...fui trabalhar para Espanha...e então eu andava cá a tomar a metadona. E foi mesmo de obriga, tive que deixar mesmo a metadona de obriga. Porque fui trabalhar para fora e lá não podia consumir a metadona, não podia tomar...então, pronto, comecei a reduzir, a reduzir, e deixei. E enquanto tive lá fora a trabalhar tive bem, não sei quê, depois voltei outra vez para Portugal, acabou-se o trabalho e não sei quê e...e pronto, e voltei outra vez a tomar. Tava bem. Quando vim tava bem. Vim, de minha vontade. Eu vim mais porque o trabalho acabou e tal... Vim fazer o tratamento, achei que era melhor fazer outra vez o tratamento... Fui eu. Como andava a tomar antes de ter-me ido embora, quis também voltar a tomar...quando tava cá. Desta última vez voltei não me lembro muito bem se já tinha...sido acompanhado por ela (*pela enfermeira*) ou não.

Eu foi mais porque não ia muito às consultas com a outra. Eu perguntei porque é que me mudaram de terapeuta. Que eu tinha outra. E mudaram. Acharam melhor. Porque eu perguntei “Porque é que mudaram de terapeuta? A minha terapeuta era outra pessoa, era uma psicóloga, porque é que me mudaram para...”. E depois explicaram-me “Porque têm mais contacto, os enfermeiros, no dia a dia. E é verdade! No dia a dia têm mais contacto com o...pronto, consigo do que os psicólogos...”. E pronto, e é verdade e eu agora até venho mais às consultas do que vinha com...com a psicóloga. E se calhar não me identificava tão bem com a psicóloga, e não tava tão bem à vontade com a psicóloga...do que tou com a enfermeira. Sei lá...não me sentia muito bem à vontade para falar...com a outra pessoa...

Ah, por exemplo...eu às vezes chateava-me com as psicólogas...porque às vezes táva a marcar para as quatro horas, não é? E eu vinha aqui...tava aí montes de tempo “Atão, mas tá marcado para as quatro horas...tanto tempo...” Ficava aí montes de tempo. E vi que por exemplo, com enfermeira quase não espero, espero pouco. Há mais...é mais pontual.... Se calhar ainda não me ocorreu ter que esperar muito tempo, se calhar um dia até vou ter que esperar...mas parece que é diferente, sei lá...parece que há mais interesse, também da parte dela. Ou fui eu que não tou a dizer que a outra psicóloga seja má...posso eu não ter gostado dela...não sei.

E parece que vejo mais interesse nela (*na enfermeira*)...no meu problema, do que com a outra, identifico-me mais com esta. Apesar de ser enfermeira e da outra ser psicóloga, não é? Que até uma pessoa até fica assim...a pensar coiso...como é que isto é possível? A outra é que devia...pronto, ser mais...(*suspiro*)...é assim...

Eu com a outra terapeuta tenho uma história que eu andava nos Narcóticos Anônimos, e pronto, mas tava aqui à mesma, não tomava metadona e tava aqui à mesma. E tava-lhe a explicar que gostava de andar lá, que as pessoas falavam muito, que éramos amigos e não sei quê...e...e pronto, e parece que ela, não é tar a falar mal da pessoa, parece que gozou de eu ter andado lá, que não precisava disto. Chamou as outras todas “Olha, este não precisa cá de metadona, nem nada disso. Anda ali nos Narcóticos Anônimos, agora já tá a pensar deixar de fumar e tudo. Se calhar também tenho que ir para lá eu para deixar de fumar.” E eu não levei muito bem aquilo. Pronto, tou bom, em vez de a pessoa motivar e dizer “Olha, tá-se bem, continua...”....com aquela não...pronto. Mas eu não falo nisto a ela! À enfermeira, não falo da outra.

(Com a enfermeira) falo melhor...consigo-me exprimir melhor...tenho mais confiança a falar de mim e dos meus problemas. E a outra pessoa, pronto...não...sei lá...parece que...se calhar não sentia tanto apoio da outra pessoa, pronto, em mim. E desta pessoa, da enfermeira sinto mais...mais interesse em mim...pronto. É tudo um pouco...é isso um bocado...(inquieta-se na cadeira). Tou satisfeito, tou satisfeito com esta terapeuta. E com a outra não tava. Ela nem sabe que eu...pronto, gosto de vir às consultas e que...acho que sabe, acho que sabe. Mas em relação à outra pessoa, à outra, não sabe que eu gosto mais de uma do que da outra, pronto.

Tou muito satisfeito com a terapeuta que tenho agora. No outro dia ela não pode dar uma consulta e telefonou para o telemóvel, para eu não vir para a consulta, que não valia a pena. E já tar a fazer isso já é de louvar, não é? Já é...de uma pessoa...fiquei surpreendido. “Telefonar para o meu telefone? Um enfermeiro? Para o telemóvel a dizer...”. Se calhar se fosse outra qualquer, uma pessoa vinha para aí e dizia, chegava a hora da consulta “Olha não tens consulta que, que...”. Mostrou essa preocupação. E as pessoas sentem-se bem com isso. Se calhar também, também é interesse em mim...se calhar se fosse com outro, depende, não sei...se for com outra pessoa, se calhar... Acho que tem que haver um interesse de mutua parte. Acho eu que é isso, se uma pessoa mostrar interesse, a pessoa também mostra interesse. Se uma pessoa não mostrar interesse...acho que é um bocado assim também... É isso e é o falar do identifica-se com a pessoa. É esse o identifica que eu quero...que eu me identifico assim mais... Acho que há mais interesse da pessoa.

Falto poucas vezes. Uma vez ou outra falto, mas é muito raro. Agora a última vez faltei, mas porque não pude mesmo. Venho às consultas, depois de vir à consulta marcam logo outra, agora já tenho outra marcada para...uma próxima vez... guardo tudo para as marcações. Também não tenho assim muito para...quando tenho a consulta...falo, tudo o que tenho para falar. Assim de urgência, não. Mas não quer dizer que não venha a acontecer, não é? Um dia posso tar assim mais mal “Olhe, preciso...”

Mesmo agora, tive consulta com ela (com a enfermeira) e pronto, tou à vontade a falar com ela, coisa que com a outra não. É por isso que eu não vinha às consultas com a outra psicóloga. Vinha lá fazer o quê? Sei lá, sinto-me melhor, tive a falar, não é? Pronto,

mesmo há bocado, táva a explicar que...que ando a cair muito em depressão, fecho-me muito em casa e não sei quê, e isso não tá a ser bom para mim, não tenho vontade de...de procurar trabalho...pronto. Ando assim...e tive a falar isso com ela e pronto. E depois ela fala comigo, não é? Ah...tenta-me ver o contrário das coisas, pronto...tenta-me ajudar! Ah...pronto, ver o contrário... Pronto, eu tou mal, a pessoa tenta...meter-me bem “Não tás-te a sentir bem...faz assim, ou não vás por esse caminho...”

Pronto, eu tava a dizer que não tenho motivação...para procurar trabalho...e não sei quê...e...e pronto, a enfermeira tava-me a dizer pronto, se for necessário fala com a médica...para tomar alguma coisa, como eu ando assim...algum antidepressivo... E eu não quero, tava a dizer “Olhe, não quero chegar ainda a esses termos, pronto, porque acho que ainda consigo dar a volta...”. Às vezes falta-me a motivação e...e pronto. Desistências, por exemplo tou aqui um papel que é preciso preencher pela médica de família, o que é que a médica de família as consultas é consultas que demora três, quatro meses. Demora muito tempo. E uma pessoa para apanhar vaga tem que ir logo de manhã. Logo às seis da manhã. E eu fui lá duas vezes às seis da manhã e mesmo assim não consegui vaga para a médica de família...e arranjei logo um motivo para desistir, pronto, agora já não vou mais nenhum porque já fui duas vezes às seis da manhã e não consegui...agora já não vou mais vezes nenhuma. Não, tenho que insistir e ir lá outra vez. É essas coisas que falo...

Tamém marcou com a assistente social...que eu tenho, pronto, que arranjar os dentes (*baixa a voz*)...e pronto, acho que há um maior interesse...da parte da enfermeira do que da psicóloga. Mesmo há pouco tempo tive a falar com uma colega minha...que é a mesma psicóloga, isto não é tar a falar mal das pessoas, é mesmo assim, não é? Que é a mesma psicóloga que a minha, e ela diz que chega a tar aí duas horas à espera. A pessoa perde logo a vontade de vir à consulta. Tá aqui duas horas e depois se calhar chega ali ao Forum (*um centro comercial local*) e vê elas a passearem ali...é um bocado chato. Não é tar a falar mal das pessoas. Se calhar até há pessoas que se dão bem com ela e não se davam bem com a minha, não é?

(*A enfermeira*) Mesmo há bocado telefonou logo para...para a assistente social para marcar consulta. Disse que não tinha consulta marcada com ela e ela telefonou logo e pronto. E depois há outra coisa, é que...eu às vezes, eu já podia ter resolvido este problema, dos dentes e não sei quê...e tenho deixado adiar, adiar, adiar, e a enfermeira já me marcou consulta para a assistente social mais do que uma vez...e parece que não desiste! Volta a repetir, pronto. Porque eu tinha os orçamentos...de arranjar os dentes e isso...já muito atrasados...e agora preciso de uns novos. Estes já não...porque eu não tratei disto. E pronto, e ela não desiste, diz “Olha, vai ao...não trataste da outra vez, mas trata agora...”...pronto.

Pois (*a consultar o talão da marcação com uma consulta para daqui a duas semanas*), porque entretanto tenho a consulta com a assistente social e pronto, e lá tá, ela depois quer saber como é que as coisas correram entre mim e a assistente social. É assim...

Acho que é bom, por exemplo, se fosse uma pessoa “Não trataste disso, agora já não há nada a fazer...ah...já devia ter tratado, agora pronto, chapéu...não há nada a fazer...” Não é? E pronto...acho que é bom, acho que mostra interesse em mim. Se não também não vinha às consultas, se eu achasse que uma pessoa não coiso, o que é que eu vinha lá fazer? Não vinha.

Eu já tenho tido assim recaídas de ...consumositos...ir consumindo e depois o teste não dar bem, já me tem acontecido, já me tem acontecido... Falo, ela sabe. Ela vê pelos testes. E às vezes uma pessoa vai consumir nem sei porquê. É aquela...se calhar tá mais mal e vai consumir hoje, e amanhã já não vai...pronto...(silêncio longo) ela não fica muito admirada...parece que é normal, não é? Não deve acontecer só comigo. Acontece com os outros... Aceita, tenta logo arranjar...qual a melhor maneira para a gente...

Às vezes sinto-me um bocado envergonhado, não é? Eu assim porque pronto, recaí e não sei quê... Mas não tenho que sentir, não é? Isso é normal, eu que ando aqui em tratamento é normal, pronto. E depois ela tenta...achar a melhor solução. Já, por exemplo, já tenho recaído e ela aumentar um bocado a metadona...por exemplo já tem acontecido eu tava a tomar sessenta e agora tomo oitenta, porque recaí. E pronto, com oitenta já...pronto, não senti tanto a falta do...do produto (*riso*)...

Ela pronto, quer ajudar, a tentar resolver o problema, pronto...e...e diz-me como é que hei de resolver o problema, qual é a forma que eu hei de resolver o problema...e falamos sobre isso.

Por exemplo, agora como eu ando, tar assim, deprimido e não sei quê, isto pode ser uma...uma forma de eu recair, porque não ando muito bem e não sei que mais...e é perigoso, não é? Tenho que...ter cuidado porque posso recair. Pronto tenho que dar a volta, não é? É assim. Consigo refletir mais...do que tar a pensar sozinho não é? Ajuda-me. Eu às vezes saio daqui e até saio mais motivado e saio melhor, quando venho à consulta, do que quando não venho. Por exemplo, hoje já foi um bom dia, eu ter vindo à consulta, já não me fechei em casa... Pronto já é uma iniciativa para amanhã tentar fazer o mesmo...

(Quando o Fernando se sente melhor, a enfermeira)...fica contente! Também vejo que a pessoa fica contente. Que eu tou a evoluir e não sei quê...e para eu ter projetos, na vida. Para ter um projeto, pronto. Por exemplo, já tem falado...de ter um projeto na vida. Tou a trabalhar, não é? Pronto, comprar um carro, comprar uma casa...pronto. Ela diz “Meta um projeto na sua cabeça...tente, por exemplo não tem carro. Não gostava de ter um carro?” “Gostava, eu já tive carros e o que eu já perdi porque...mas gostava de voltar a ter.” E tenho carta. “Então meta essa projeto, em comprar um carro...” E pronto, quando tou bem! Quando tou...mas depois às vezes que isso cai tudo, que o projeto cai todo abaixo, não é? É assim um bocado. Mas ela não desiste. É que também depende da forma como a pessoa tá! Ela agora não me vai dizer para ter esse projeto de comprar um carro porque sabe que eu tou desempregado, sabe que eu não ando bem...depende. Às vezes as consultas demoram um bocadinho mais tempo. Também depende do meu

estado. Se eu estiver bem, demora mais algum tempo. Se não tiver tão bem, as consultas são...eu já notei isso...encurta mais. Já notei isso também. Ficamos sempre muito tempo, eu às vezes até me preocupa se não tou a empatar o tempo da pessoa, não é? Às vezes já tenho pensado nisso “Eh pá, se calhar tou a ser muita chato. Atão a pessoa se calhar tem mais utentes para atender e eu tou aqui...”. Isso também já, já me lembrou de lhe perguntar mas ainda não lhe perguntei... nunca. Mas isso também me preocupa. Porque se for, se tiver lá uma pessoa à espera, se fosse eu não gostava...não sei, se há aquele limite das consultas...meia hora com este, meia hora...porque parece que quando eles marcam é às três com este, às três e meia com este, e se calhar um dia vou ter que esperar, não é? Porque não posso ser...também...só para mim, não é? Se eu hoje tive uma hora, se alguém tivesse marcado, tinha que esperar. Mas eu não tenho, não tenho tido essa espera.

Acho que uma pessoa a falar sente-se bem. Da outra vez tava a falar com uma colega minha aqui e ela tava a dizer “Vou à consulta”, então, foi à consulta e não demorou nada, cinco minutos ou o que é que foi. “Então mas já foste à consulta e já vieste?” “Já.” “Então mas...não demora nada...”...que é com a tal minha antiga...”Então e eu agora vou lá á consulta, então e agora vou falar na minha vida? Eu não tenho que ir falar da minha vida”, ela tá aí há pouco tempo na metadona. E eu achei esquisito dela não falar na vida dela. Porque ela vai às consultas é para falar na vida dela. Porque faz-lhe bem, sentia-se melhor. Foi o que eu lhe tive a dizer “Fazias bem falares dos teus problemas com a terapeuta...dos teus problemas e não sei quê, se te dás bem com a metadona...”, porque ela não fala nada. Chega lá “Tá tudo bem?” “Tá tudo bem.” “Precisa metadona para isto, não precisa de aumentar? Não precisa de baixar?” “Não.”, e pronto. Não há uma conversa, e acho que é bom haver uma conversa, não é? A gente já tá tanto tempo fechado em casa isolados, como eu por exemplo, é bom falar com as pessoas, não é?

Hum... Eu acho que isto da droga tem a ver muito com, com os sentimentos das pessoas e...em saber lidar com os sentimentos e...eu acho que não sei muito bem lidar com os sentimentos e...acho que vem...vem de já muito atrás...quando era criança, quando era infantil...acho que vem daí... Falo. Sinto. Falo dos meus pais, também. Ela fala muito, eu vivo com os meus pais...fala muito como é que está os meus pais...a minha mãe...eu sou muito igual à minha mãe...e falamos muito nisso... A minha mãe também é uma pessoa que se fecha muito em casa e dorme muito, mete-se muito na cama...e eu sou um bocado igual a ela... Ela parece que...também é drogada, porque toma muitos comprimidos. Eu às vezes vejo a minha mãe assim...como uma drogada. Apesar de não ser, mas a droga dela é os comprimidos, é...parece que tem os mesmos sintomas que eu, as mesmas, as mesmas dificuldades que eu (*suspira*). É assim. Não gosto que os meus pais se metam. Acho que eles já têm este problema, já tiveram mais centralizados na minha questão e agora já em deixam mais, pronto, já não...já não dou tantos problemas como dava, também...e já não se preocupam tanto “Ele tem que se ir curar, ou tem que ir para um centro...” Agora deixam-me mais. Antes a minha mãe andava muito

atrás de mim, andava sempre atrás de mim e não sei quê...para onde eu ia ela ia. E agora já não. Já, já me deixa mais á vontade...ela também via que isso me fazia mal...andar atrás de mim e preocupar-se tanto...

(Com a enfermeira, as decisões) são acordadas entre nós. Ela pergunta-me "Como é que acha melhor?". Propõe-me, sim, propõe-me. Não diz "Faz assim ou...ou coiso...", pronto, propõe-me como anda a trabalhar agora, por exemplo se andasse mal e voltasse a tar na cama e não sei que mais "Se calhar era melhor falar com a médica...". Não diz "Tens que fazer!". "Olha, tens que ir falar com a médica...". Também já tive uma vem um consumo de cocaína, andava a consumir cocaína e pronto, ela falou com a médica para me passar...mas não diz que "tens que fazer...", propõe-me, "Será que achava melhor?...". É assim... Faz sentir bem. Acho que...pronto, faz-me sentir bem. Faz-me sentir que eu não sou obrigado...a nada, que eu é que quero.

Mas também às vezes também me farto disto. Às vezes também chego aqui e tou farto de vir aqui..."E qualquer dia deixo de tomar a metadona..."...mas depois é aquela coisa, deixo de tomar fico com medo, não é? Há mais hipóteses de uma pessoa recair...uma pessoa não tá tão bem... E também falo muito quando venho cá tomar a metadona. Ela não é só nas entrevistas. Tá ali também a aviar e...e falo. Falo muito aí também...eu muitas vezes é ali que eu falo. Não preciso de vir de urgência falar.

Eu acho que este CAT até funciona bem e coiso. Porque eu já tive noutro! E não funcionava tão bem como este. Já tive, às vezes os meus pais às vezes vão para as Caldas das Rainhas e eu tomo lá a metadona. Têm lá uma casa e eu vou com eles. E lá o CAT é muito diferente deste. As pessoas...para irem tomar a metadona ficam na rua...chamam uma pessoa de cada vez...e eu quando tou lá "Olha, ainda bem que eu tou naquele..." sinto-me privilegiado em relação a estes que...pronto coitados não é?

(Mas) acho que o CAT tem esse problema. Às vezes muitas pessoas já estão aí há montes de tempo para ser atendidas. Tira logo a motivação à pessoa. Acho que isso, pronto...podia haver mais... Se me acontecesse eu também não, não gostava muito. Acho que ia-me logo embora. Não tinha paciência para tar uma hora ou uma hora e tal... Porque se for ao contrário, se calhar, já não têm tanta sensibilidade com uma pessoa, não é? Ao contrário de uma pessoa chegar atrasada. Eu por exemplo, se calhar se chegasse às cinco, e com razão, não é? Se calhar a enfermeira também não tava aqui à minha espera e já tinha ido para casa, não é? Como podia tar... Ou podia não tar disponível na hora e mandar-me vir daqui a mais nada, pronto. Uma pessoa também tem que compreender, que as pessoas não podem não é?...tar sempre ali.

As pessoas tarem aí à espera e...e também é mau clima, tar aí...às vezes à espera. Porque isto aqui também há vários tipos de pessoas, há pessoas que tão-se a tratar bem, mas há outros que não se tão a tratar. Há outros que andam aqui por andar...a tomar metadona e drogam-se à mesma. Ah, eu tento evitar. Eu tento-me dar com pessoas de quem eu acho que...tão a fazer o mesmo percurso. Porque eu não me dou com aquelas pessoas por exemplo que vêm aqui todos os dias, às vezes falo porque tenho que falar,

quase, mas que vêm aqui todos os dias tomam a metadona e depois vão ali para o jardim e tão ali o dia todo a beber cerveja, e não sei quê, e vão-se drogar à mesma, os testes tão sempre, tão sempre positivos...e se não andam aqui a fazer nada, o que é que andam aqui a fazer? Não sei. E às vezes é mau, é isso que eu tou a dizer, às vezes é mau tar ali muito tempo por causa disso. Acho que...acho que podiam ser também mais rígidos aqui, em relação a...a certa coisas. Se a pessoa não chegasse aquele ponto...se os testes tivesse positivos, éh pá, devia de ser um bocado mais rigoroso, acho eu, aqui. Isto se calhar é muito rigoroso para outros e para outros não são...é muito de...sei lá, é muito confuso, tar a falar.

Narrativa da Carla (13)

(*A sua vida*) estava muito mal. Estava mal porque pronto, estávamos com problemas de droga e...não vivíamos aqui. Ao princípio não vivíamos logo sozinhos...vivíamos com a minha sogra e uff...o que eu passei em casa da minha sogra. Ela não me queria. Levei porrada e tudo, grávida. Que ela dizia que eu estava grávida e que não era do seu filho. Por isso eu sai da casa dela e fui falar com a assistente social...para que me arranjasse um sítio, pronto, onde...e foi ela que nos mandou, a que nos mandou para o centro, para cá. Arranjou-nos um centro comunitário, aqui. E então depois chegámos aqui ao CAT. Mandaram a mim e ao meu esposo e ao meu filho, também. Tenho um com três anitos e outro com dez....o menino vai fazer três anos e eles acolheram-me aqui grávida, tava grávida quando cheguei aqui ao CAT, ainda não tinha barriga nenhuma...estava com dois meses...(com voz sumida) já sabia... Acabava de começar com a reabilitação, com a metadona...e graças ao centro, a este centro, pronto à equipa toda de toxicoddependência...ajudou-me muito. Ajudou-me muito porque a metadona é...é um medicamento que pronto, que substitui, não é? Substitui a heroína e então não sentia sintomas de abstinência. E graças à metadona fui prosseguindo adiante, fui deixando...fui vivendo.

(*A gravidez foi acompanhada*) aqui...no CAT. Aqui e no hospital. Mas mais foi no hospital de Lisboa, em...Alfredo da Costa, maternidade. Ele (*o enfermeiro*) sabia desde o princípio que eu estava grávida. Já desde o (*outro*) CAT mandaram todo o historial para cá. Eles telefonavam muitas vezes, do hospital para cá...para saber... Acho que eles informavam o hospital, e a CAT, que eles telefonavam muitas vezes. Se eu ia às consultas...se não faltava lá à consulta, como estava tudo... Para saber...a quantidade, a dose, pronto, que eu dizia a quantidade da dose, da metadona que tomava e tudo e acho que eles se informavam, se não faltava às consultas... Foi bom. Preocuparam-se. Preocupam-se com as pessoas...Acho bom (*risos*)...sim acho...uma coisa boa, pronto, preocupam-se...por a gente...querem o melhor pronto, para nós, não é? Têm muitos doentes mas põem muito empenho...por nós...que de uma vez por todas pronto...tenhamos um trabalho, tenhamos uma situação que prontos, estejamos bem, na vida!

(*A Carla e o marido*) estamos numa situação muito complicada. Não temos trabalho nenhum dos dois. Já estamos numa situação em que nos estamos a ver já na rua. Diz a carta de despejo da dona da casa, que como já vamos para o terceiro mês que não pagamos, vamos para a rua. Não temos...não temos ninguém que nos ajude. E estamos a ver, se tentamos alguma coisa, solucionar alguma coisa. Agora também ao meu marido detetaram-lhe a diabetes. É tudo problemas, tudo problemas, tudo problemas. Não há nada bom...não há nada bom... Há muito tempo que tentamos meter o miúdo mais pequeno num infantário e não conseguimos e...é muitos gastos que não...que apenas recebemos o rendimento mínimo...e não dá para tudo. E estamos numa situação que...e com dois filhos vermo-nos na rua e se trabalho e sem nada...complicado...

Já tenho falado com o enfermeiro para que ele fale com a assistente social do CAT, a ver se ela se pode por em contacto com a outra para nos encaminhar...mais rápido. Pronto, para que ele nos mande para a assistente social daqui do CAT, a ver se ela pode fazer alguma coisa para ajudar-me. A ver se nos marcava pronto, a ver se marcava outra consulta para a doutora porque faltamos...mas pronto, quando nós chegámos...viemos aqui ao CAT e contámos o que se havia passado, que por isso não tínhamos vindo à consulta. O doutor (*o enfermeiro*) falou com ela, falou com ela pronto, a ver se podia fazer alguma coisa por a gente...e agora temos consulta com a assistente social do CAT, agora no dia...dezasseis, acho eu.

Pronto, ele também nos deu muita ajuda, porque a doutora (*a assistente social da Segurança Social*) veio aqui saber de nós. A ver como nós estávamos e...se não tínhamos tido nenhuma recaída...e a dose... Ela veio mesmo aqui ao centro para ver como nós levávamos o tratamento. Se tínhamos alguma recaída...se tínhamos doping (*os testes*) positivo...como, pronto, da maneira como a gente estava. Então ela viu que estávamos bem, que estava tudo bem, que estavam os testes todos, todos normais e...e deram-nos o rendimento... Mas pronto, isso já é alguma coisa, mas...é pouco.

Ele ajuda-nos muito. Ajuda-nos muito pronto, a abrir...nós abrimo-nos muito com ele...quer-nos ajudar ... (*com o enfermeiro fala*) de tudo, de toda a minha vida. Como eu estou e como é a situação da minha casa, com a minha família...com tudo. Como está a situação mais ou menos agora... Que não está muito boa pronto, não é por causa das drogas, mas por outras situações de emprego e...são muitas...muitos gastos a pagar a casa, a água, a luz e não...e temos os filhos, e para dar-lhes de comer...sem trabalho...

(*As conversas com o enfermeiro*) também me ajudam, também. Também me ajudam às vezes. Falamos mais minha vida presente... Não da minha vida passada, muito pouco. Mais da minha vida presente...(emociona-se e chora)...ai...muito sofrimento, muito, muito...(continua a chorar enquanto fala)...se não fosse pelos meus filhos e pelo dia a dia, pela vida que eles me dão...é assim e tudo. São muitos problemas...(procura deixar de chorar). Muita coisa fica para mim...ele sabe muito, sabe muito também da minha vida, mas...é normal, porque...a doença e...uma coisa básica, pronto, aqui do CAT...(silêncio longo)...(*mas*) ele percebe...porque já muitas vezes que chorei com ele...quando me encontro com ele...eu venho triste. Eu acho que sim. Ou algumas vezes sim, outras vezes não. Ou algumas vezes não faço eu, para que ele perceba...

(*Quando vem bem*) então não vai perceber? Ele já são bastantes anos, já. Falando...e ele a ver-me nas consultas...eu acho que sim. Eu também não me abro muito com ele, mas...acho que sim, ele deve conhecer-me, a minha maneira de ser...eu sou assim, não sou muito faladora... Sou muito...sou reservada...sou aquelas que guardam para dentro e quando rebento...(volta a chorar e faz silêncio longo)...emociono-me (*riso nervoso*)...ai...

Se tivesse um trabalho que saio de dia e me desse com pessoas, falasse... (*volta a chorar*)...a minha vida mudou muito...sinto falta da minha família...ah...da minha mãe,

da minha irmã...do meu irmão...da minha vida...é diferente... Aqui é só a rotina diária todo o dia...então não quero pronto...viver sem apoiar, sou mãe já de dois filhos não é? Já...sou uma mulher de casa e...e de tratar dos meus filhos, para andar para a frente, mas nem trabalho, que não trabalho, para os poder sustentar...a minha vida passaria adiante, lutando...a vida está tão mal... É sempre o mesmo, sempre...o dia a dia sempre igual...pela manhã saio, vou a supermercado, faço as compras, vou ao parque com o meu pequenito, o mais velho vai para a escola, de manhã entra na escola. Vou às compras, compro o pão, compro as compras...com o pequenito vou ao parque, um bocadinho, depois vou para casa, trato da casa, limpo toda a casa, ponho máquinas a lavar, trato do almoço...é todo o dia igual, todos os dias o mesmo, todos os dias o mesmo. O meu pequenito é um miúdo muito...muito inquieto, muito reguila...dá cabo da gente e dá cabo da nossa paciência, de nós os dois... É demais, é demais...não se entretém...a brincar com brinquedos, não vê desenhos animados...não...é um miúdo... Pronto, eu compreendo, é uma criança, são inquietas, são reguilas mas...ele é demais...acaba com a nossa paciência, com a minha e com a do pai...ele esteve um tempo no infantário mas tivemos que o tirar do infantário porque...não tínhamos sequer dinheiro para pagar e...e ficámos a dever no infantário uns quantos de meses...que ainda estão à espera que paguemos...e ele mudou muito, mudou muito esse tempo que esteve no infantário. Era o que ele precisa, precisa de...de conviver, pronto, convívio com miúdos...

Eu estou muito sozinha em casa...não sou assim (*de falar muito*) mas...de vez em quando ele (*o enfermeiro*) sabe que eu me abro com ele muitas vezes. E eu conto sempre tudo o que tenho para contar, eu conto-lhe...ele sabe que eu não deixo nada...e no que ele me pode ajudar ele ajuda-me...

Já tive uma recaída. Foi complicado.

Era Natal, era altura do Natal, e um vizinho de frente, também gosta da...gosta da droga e...um dia subiu à nossa casa e queria, pronto, perguntou se podia...se podia fazer um risco de cocaína. Então o meu marido disse “Olha lá, nós estamos em período de metadona...”. Nós estávamos em período de metadona mas um toxicodependente...nós vemos a droga e gostamos!!! Sentimos alguma coisa, não é? Pronto, um desejo. Ele disse “Não, que não, que não, que não, que não...” mas afinal provou-a e um dia só que provei...já era diário, diário, diário, diário... já não há quem o pare. Já o faz todos os dias...e assim...um grande enganche...enganchado na droga, agarrado à droga...muito, muito, muito grande. E era tudo, tudo, tudo o que tínhamos recuperado em dois ou três anos, muitas coisas de valor foram para...foram para a porcaria (*suspira*)... Foi muito complicado porque eu tava numa situação também...pronto, recaímos e foi uma recaída ainda mais...as recaídas são ainda piores. São ainda piores, com a droga. Eh...mais forte, não parávamos de consumir e o enganche foi mais...vendemos tudo! Tudo, tudo, tudo da casa. Tudo o que tínhamos de valor, deixámos perder tudo o que tínhamos,

carro, televisor...que montámos numa vida boa que tínhamos...deixámos perder tudo em quatro meses que tivemos de...consumindo.

Nós nunca falhámos as consultas. Mas sim, eu estava a consumir e tive que falar com o doutor (*o enfermeiro*), com o doutor, que tínhamos tido outra recaída. O meu marido já não tomava metadona. Só eu é que tomava a metadona...mas consumia também... Eu tinha confiança com o enfermeiro...só o comentei normalmente. Não é problema...não tinha...pronto, não tinha nada para esconder, para dizer. Não sei...se ele reagiu mal. Não terá gostado, porque nos estava a ver tão bem, tão bem, já há tanto tempo sem consumir e de um momento para o outro...ter a recaída...que não terá gostado nesse momento. Mas pronto, eu já quando o disse...pus-me com vontade de querer...queria deixar outra vez a droga. O que se passa é que tinha que aumentar a dose porque a metadona que estava a tomar mais o que estava a consumir, a dose não me fazia nada. Ou seja, tinha que aumentar. Então ele, pronto, falou com...fez muito, fez muito também para meter o meu marido. Porque o meu marido já tinha terminado o programa e teve outra vez que recomeçar por causa de mim...voltou a metê-lo. Por causa de mim, meteu outra vez o meu marido no programa. Porque o meu marido já tinha terminado o programa. Porque se eu estivesse no programa e ele ainda consumindo, eu também voltava a consumir. Eu não podia estar na minha casa a ver o meu marido a consumir...não é? E...e eu com a metadona...não. E agora pronto...agora estamos outra vez, há dois ou três anos também, dois anos mais ou menos...sem consumir nada...e esperamos que...que isso continue muito mais...

Pronto, nós temos esse problema, esse problema da droga, não é? E é um vício que é para toda a vida. Um viciado é para toda a vida. E pronto, e graças a Deus...este período que temos aqui no CAT a metadona é uma ajuda muito, muito grande. Para mim...é uma ajuda muito grande...a metadona, porque...não sinto nada de sintomas...já deixei muitas vezes as drogas mas sempre...sempre a frio, sempre em centro comunitário, sem medicamentos nenhuns...sempre a frio e passei muito muito mal. Muito sofrimento... E pronto, e conhecer esta...este medicamento, para mim ajudou-me muito. Levo a dose de quinze em quinze dias. Levo as doses. Deveria vir terça-feira, mas já que estamos aqui aproveitamos, para não estar a vir...também a gasolina do carro...não há dinheiro para estar a vir.

São profissionais e eu acho que toda a ajuda que eles me podem dar eu acho que é boa...(risos)...eu acho que é boa, para mim! E...o problema que nós temos...eu aceito toda...toda a ajuda que eles me possam dar...(volta a emocionar-se e a chorar)...o que preciso é isso, trabalho e...e o infantário para a minha criança...quero orientar também o menino³³⁶. Já o resto...com o trabalho já dá para pagar os gastos que temos em casa...trabalho para mim e para o meu marido e o pequenito que eu possa mover-me...que eu possa ir em busca de me mexer...solucionar... (*a chorar*) tenho muita força

³³⁶ O filho mais de três anos tem revelado hiperatividade e alterações de comportamento. Tem a primeira consulta com uma psicóloga da Equipa de Tratamento nos próximos dias.

de...de seguir para adiante, sim. É muito difícil, mas...a vida e os meus filhos e...dão-me força para continuar a lutar...tenho muitos problemas. Eu quero antes viver assim nesta vida que...que cair na droga! Muito. Prefiro ter esta vida que tenho em vez de estar metida na droga, de verdade...

Narrativa da Isabel (14)

Isto já não é a primeira vez que tenho tratamentos, mas em CAT's, eu primeiro comecei...por intermédio do meu psiquiatra, na altura tive uns problemas...ah...ele indicou-me um centro de atendimento em Lisboa...para não andar...a consumir, enquanto não arranjava aqui. E eu ia fazer as tomas nas carrinhas até conseguir ter vaga aqui, e depois passado aí um mês, um mês e meio é que vim para aqui...para o programa de metadona. Na primeira semana, que é para fazer a habituação (*a indução da metadona*), é que vim aqui (*diariamente*). Depois fiquei logo com tomas domiciliárias. Que eu tinha tido, antes desta enfermeira...eu tive outra enfermeira. Comecei com oitenta (*miligramas de metadona*)...eu já engraidei e já abortei. E andando na porcaria...portanto agora é que...tou-me a curar, decidi, eu já tenho trinta e tal, não é? E então...decidi que queria levar as coisas a sério. Então o meu receio éra a metadona...porque ouvia histórias, que a criança ia ficar na incubadora uma semana e que não sei quê...e aquilo fazia-me muita confusão (*a família do marido não sabe da sua história de consumos*) “Eles vão descobrir...a criança vai ficar uma semana...vai toda a gente descobrir que eu tomo metadona...”.

E para aí passado um ano e meio, dois, como eu queria engravidar, ter o bebé, achámos por bem, a enfermeira achou por bem começar a reduzir e eu comecei....só que eu devia ter reduzido gradualmente... e eu com essa enfermeira, ela não me informou as coisas como eu...não informou as coisas corretamente da gravidez. E o que é que eu pensava, quanto mais reduzisse...melhor era para a criança...não ficava tanto tempo na incubadora... Foi o que me pareceu com a conversa dessa enfermeira. Por isso é que com a outra enfermeira eu reduzi...e reduzi muito drasticamente. Eu vinha de quinze em quinze dias aqui, e de quinze em quinze dias descia, descia, descia...e com a redução, aquilo começou-me a ficar...a sentir a meio do dia já...sentia-me muito casada, e a minha cabeça começou logo ahhhhh...pronto, comecei a fraquejar.

(Passou depois a ser acompanhada pela enfermeira atual como gestora de caso)

...sempre por ela. Sempre muito disponível. Para mim era (*uma pessoa estranha*) e ainda por cima o que me faz muita confusão é que o meu marido também anda aqui...há muito mais anos. E tem uma médica e...portanto o meu problema era porque é que eu não hei de ter? Porque a maior parte das pessoas praticamente tinham médicas...e eu...fiquei um bocado porque é que eu hei de ter uma enfermeira? E...achava que ela...não é questão de não tar qualificada, mas achava...pronto...que não estava ao nível, ou que não poderia me ajudar. Mas depois pronto, comecei a ter com as consultas, e até telefonicamente, se houvesse algum problema... portanto e depois vi que...que vai dar ao mesmo não é? Não houve assim grande...grande diferença. Mas eu por acaso eu já conhecia a enfermeira...eu já a conhecia daqui, portanto...é aqui da minha juventude. Eu já a conhecia, nem sabia que ela era enfermeira...portanto já a conhecia, também não foi assim um choque tão...também não havia assim uma grande distância...(mas) por a conhecer ainda me custou um bocadinho mais...tar a falar com uma pessoa que me

conhecia e ter que...custou-me um bocado a falar com ela porque, ela até própria dizia que nunca fazia ideia que eu...pronto, que andava nesta vida, não era? Que se lembrava de mim...prontos e custou-me um bocado mais como eu a conhecia, tar a falar...dos problemas, não é?

Mas depois com o tempo...começámos a ter...é assim, comecei a ter um bocadinho mais de confiança. Pronto, vi que podia falar com ela, portanto, não achei assim que houvesse um grande problema...sempre falei com ela...abertamente...

E depois quando falei com a enfermeira ela explicou-me...que não havia problema nenhum...que não é pela toma, pela quantidade que vai fazer pior, e ela indicou-me uma médica daqui que faz banco no hospital...falou-me nessa médica que...faz aqui neonatal...e que estão preparados para esse tipo de situações! Pronto, e nesse altura, acordámos que voltámos a subir. Disse que queria voltar a subir...pronto, e foi basicamente. Portanto e aí...fui subindo outra vez. Mas foi esta enfermeira é que me esclareceu as coisas como deve ser, não é? Não é estar a falar mal da outra, mas...a outra fez-me...deu-me umas informações... Ou ela não estava dentro do assunto, não sei, se calhar também é por isso, não sei. E (*agora*) esta enfermeira esclareceu-me as coisas, fiquei muito mais descansada. Ela própria disse-me quando eu engravidasse para falarmos. Quando eu venho às consultas “Então?...”, ou pergunta-me, quando eu venho às tomas “Então, tens boas, tens boas notícias?”, que é para...quando eu tivesse, ela me encaminhar então para a médica.

Portanto não voltei a subir para o que tava a tomar, pronto, também tou com menos cinco miligramas...entretanto agora vou-me propor para reduzir, que já falei com a enfermeira. Isto nós não podemos tar aqui a vida toda a tomar...temos que ir reduzindo porque...portanto...aqui o...como hei de explicar...portanto aqui o objetivo é...a pessoa ir curando-se, não é? Até um dia...deixar de tomar! Só que eu ainda não me senti preparada para isso... Que eu até brincava com ela “E eu por mim tomo a vida toda”, e ela “Ah, a vida toda, então assim...”. Isto é uma bengala, não é? Eu prefiro ter a bengala do que...voltar ao que estava antes...

(*A sua vida antes*) tava um caos...lembro-me, perfeitamente...tava um caos. Uma pessoa depois para endireitar tudo outra vez...demora... E depois é isso, a pessoa, eu tenho medo de deixar de tomar e voltar...é que o psicológico funciona logo...a pessoa deixa de tomar, começa logo a pensar “Vou lá outra vez!”. Então...mas eu também tou desde dois mil e seis, sete, isto também ainda não é nada, são...não chega a quatro anos, não é? E então...

Eu sempre fui acompanhada por um psiquiatra...sabe bem a pessoa às vezes desabafar, e falar com pessoas que saibam do que é que estão a falar...mas claro que...a metadona é a metadona. Pronto, tenho ali a maior segurança não é? Se me dessem a escolher “Queres continuar a tomar ou...”...é assim, eu até consultas...acho que há utentes que vêm duas, três, quatro, cinco vezes, ou vêm todos os meses...e eu só venho duas vezes por ano...ou três...consoante a minha disponibilidade...normalmente nas férias, com a

enfermeira. No início acho que vim mais...vim mais periodicamente...e a pessoa ao princípio tem que ser mais acompanhada, não é? Depois a pessoa começa a ficar um bocado mais despreocupada e já não acha, pronto, já não acha assim grande importância tar constantemente a vir. Eu própria falei. Falei com ela se valia a pena estar sempre a vir aqui...até disse se me sentisse mal ou se necessitasse que lhe telefonava, e que podíamos ter a consulta. Portanto...decidimos as duas.

(Sentiu que...apesar de não se encontrarem continuava ligada?...) Exato. Às vezes telefonava, para qualquer coisa, se precisasse de qualquer coisa. Eu se um dia me sentir mal...telefone e explico a situação, pronto. Se achar que quero subir, ou que quero reduzir...eu própria posso-lhe dizer. Aliás, até agora, a enfermeira comentou e eu própria disse “Sim, vamos começar a reduzir agora, um bocadinho, aos poucos...” Portanto...também tenho que começar a...não posso andar a vida toda a tomar disto, não é? Espero eu...

Já chega *(de consumir drogas)*. Não se pode dizer “Desta água não beberei” mas por enquanto não. Cansei-me mesmo de vez... Agora já vejo as coisas de outra maneira. Já nem me identifico sequer com aquela vida que eu levava. Não tem nada a ver comigo, já. A pessoa também cresce não é? Também já chega. Aquilo não leva a lado nenhum! A pessoa cansa-se. Ela sabe bem. O que eu lhe tou a dizer aqui também já tive...conversa com ela. Já tivemos esse tipo de conversas, claro. Já chega. Isso já ficou para trás...não vale a pena...tamos a falar de coisas...tristes. Ela às vezes pergunta, se está tudo bem...comigo e com o meu marido...se estamos bem, se ele tá bem. Ela às vezes comenta, e eu, tudo bem. Só falamos mais é da gravidez. Infelizmente uma pessoa também anda sempre a correr, não é? Uma pessoa às vezes vem aqui “Ah, tenho que me ir embora...”...é um bocado... Eu, eu ainda trabalho à noite ...trabalho durante o dia e trabalho à noite. E tou sempre com pressa...

Pronto, a vida agora endireitou-se não é? Espero nunca mais recair. Espero ter um filho, não é? Espero que corra tudo bem... Agora acho que está-me a correr tudo muito bem. Aquele ano...o primeiro ano é sempre...a pessoa parece que tá...a apanhar os cacos todos. O primeiro ano a pessoa ainda tá...aqueles primeiros meses... Apesar da pessoa se querer curar, a cabeça...fazer exames, é muita coisa... A pessoa tem que andar a quebrar uma rotina...que tinha não é? Que eu nunca pensei como é que ia fazer a minha vida quando...tinha uma rotina diferente... Portanto tem que aprender. O primeiro ano custa sempre mais. *(Depois)* a vida vai entrando nos eixos. Não é que a pessoa às vezes...lembra-se...de alguma coisa, ou...dá na televisão ou...ou então quando venho aqui e vejo estas...há aqui pessoas que tavam lá comigo não é? E vejo-as também...a pessoa às vezes até...sei lá...lembra-se, destas coisas pronto. Não é que a pessoa... uma coisa que nós dizemos é se a heroína não desse ressaca, consumíamos a vida toda *(risos)*... e eu infelizmente penso assim, também. Apesar de...não é só a ressaca não é? Tudo o que aquilo trás. Sei lá, se calhar se não desse uma pessoa ainda tava aí... Mas

depois também não é só isso não é? É tudo, a pessoa vive só para aquilo...não se faz mais nada...e faz-se coisas que nunca pensei fazer não é?

Perdi muita coisa... e em relação à família, chega uma altura a minha mãe já me virou as costas. Chega uma altura já...graças a Deus sempre me ajudou...só que ela “A primeira ainda escapas...a segunda ainda escapa...a terceira...a quarta...”. Agora tive que me orientar sozinha, desta última vez. Se eu quero tenho que me mexer, não é?

(A mãe, agora) ai...tá contente. Só que é assim, se me vê um bocado mais magra “O que é que tas a fazer?”. É assim, tá sempre um bocado com o pé atrás. À medida que foi, (*reaproximou-se da mãe*). Porque ela sempre quis estar dentro...sempre me quis acompanhar ao psiquiatra e aos tratamentos. E desta vez disse “Lavo as mãos daí, faz o que entenderes...”. Eu não tava ainda na metadona e na cabeça dela a metadona é uma substituição...por outra droga. Portanto e ela aqui não sabe se eu venho, não sabe se eu estou a fazer as consultas...ela não sabe, apesar de eu lhe contar...portanto...e ela com o tempo foi vendo...também vê que eu tou bem, vê que eu... Acho que ela vê. Mas pronto, mas há sempre aquelas alturas, se a pessoa não tem dinheiro...ou...se a pessoa emagrece um bocado começa logo a dizer “Não comeces outra vez, passa-se alguma coisa, tu não me voltes a dar desgostos...”. Pronto, coitada...ela tá habituada a isto não é? Uma pessoa tá bem, ou não tá bem, portanto. Mas também me diz “Foi a última vez! Mesmo que não estejas, não contes comigo para nada!” Portanto e eu não quero outra vez passar por isso...não quero.

Isso e o trabalho, não me apetecia fazer nada. Faltava e...não tinha vontade de nada. A pessoa depois não se dá com ninguém! Vive para aquilo...e é só aquilo. É sair do trabalho e ir a correr para ir, e ir para casa...é que a pessoa só vive para aquilo. Eu por acaso trabalho nunca...nunca tive assim grandes problemas. Nem sei como é que consigo manter (*risos*), consegui manter o trabalho. Que trabalho já há quinze anos...acho que graças a Deus nunca descobriram nada, pronto, tive essa sorte... Sim, mas a pessoa depois é tudo, e é a família, é tudo...e dinheiros, e a pessoa destrói tudo não é? Depois penso, nesta altura já devia ter um filho e...se não andasse tanto tempo nesta vida...e depois uma pessoa começa a lamentar o que fez, não é? E o tempo não volta a trás, não é? Aí é que está. Ainda tenho (*muito tempo à sua frente*) mas se soubesse o que sei hoje, uma pessoa diz sempre “Se soubesse o que sei hoje”...se calhar até fazia tudo igual, não sei. Mas se calhar se soubesse o que sei hoje...

Porque a metadona antigamente não existia! Eu acho que isto foi muito bom para muita gente...apesar e haver ainda pessoas que...tomam e...continuam a fazer...mas isso fica à decisão da pessoa, a pessoa é que sabe o que é que quer, não é? Se se quer curar... Acho que isto foi o melhor, a melhor coisa que arranjaram, sinceramente. Mesmo com a outra medicação que havia a pessoa...eu ficava tínhamos ânsias, e tínhamos sempre... E depois também deixei de ir ao psiquiatra, que era particular, não é? Não tenho assim...(riso)... Pelo menos olha, é do estado, é assim.

Agora, depois com o tempo, foi passando...dou-me sempre só com o meu marido ou...a minha família. Tamém deixei de sair, a pessoa depois tamém vai...deixando...aos poucos. Pronto, ainda tenho amigos, mas tamém já têm filhos, já têm a vida deles... Acabei por...cortar um bocado tudo... Aliás, tenho amigos que continuam e eu cortei de vez. Não vale a pena. Nem iríamos ter conversa, sequer. Não é? Eles continuam na mesma, não querem andar para a frente, não vale a pena. Se a pessoa começa-se a dar com essa gente outra vez!...

Estamos em mundos opostos, agora. O meu é...(riso)...o meu é o de...clareza, tar-me a portar bem. Uma pessoa assim, tamos aqui tão pouco tempo, tar a estragar a vida a andar aí...de um lado para o outro...não vale a pena. Há pessoas que não querem...continuam... Para mim não dá! Apanhei medo agora da última vez, já chega. Porque isto a pessoa tem que ter medo disto, não é? É que isto, isto leva a pessoa a um ponto... Já chega! Cansei-me.

Apanhei medo, não quero voltar a...recair, não quero voltar a passar por aquilo... Não foi overdose e essas coisas. Um susto...sei lá, não ter nada para comer, não ter dinheiro para nada. Tinha dívidas, ter que pedir dinheiro emprestado...ah...ninguém já querer saber de mim! Depois ver tudo a apontar o dedo “E tás assim, tás...”...é horrível, horrível... Uma pessoa não tem objetivos. Vive para aquilo, só. A pessoa parece que se esquece que existe, parece que se esquece...só vive é para aquilo. É acordar para aquilo...o dia, e arranjar dinheiro e...enfim, tudo... Não tinha dinheiro nem para mandar cantar um cego. Aliás, tinha carro, que era da minha mãe, e quando ela descobriu tirou-me o carro. E então isso para mim...

Fiquei assim com algumas mazelas, mas agora tou bem. Fiquei com hepatite C... Mas graças a Deus curei-me, nem sei como. Quando ia começar o tratamento...o vírus...saiu, que acho que acontece alguns casos, tenho só os anticorpos... Graças a Deus (*suspiro*) SIDA, isso nada...pronto. Noto que...nós com a heroína não tínhamos dores, nada, não temos doenças, não temos nada. Tirava-me as dores, e eu às vezes até “Dói-me os dentes...”, foi assim que isto começou, na brincadeira. “Dói-me os dentes, dói-me a barriga!”, aquele experimentou “Ai isto tira as dores!”, é assim que as coisas começam. Uma pessoa não pensa que aquilo vai...chegar ao ponto que chega.

Quando parei veio-me tudo, veio-me tudo. Aquilo...depois vem tudo. Tive uma pneumonia, tenho às vezes umas cólicas renais e tal, coisa que nunca tinha. Aquilo deve ter camuflado tudo e agora vem tudo.

Sinto-me melhor, sinto-me mais feliz. A pessoa sabe bem o que é que quer da vida, não é? Sei. Tamém não sou assim...não tenho assim grandes ambições, não é? Tou bem no trabalho, queria ficar com o meu trabalho, gosto do meu trabalho...ter uma vida estável, portanto, tudo. Ter o meu carrinho, ter a minha casa; coisa que não tinha nada não é? Tenho tudo agora, graças a Deus, tenho tudo.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.